This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

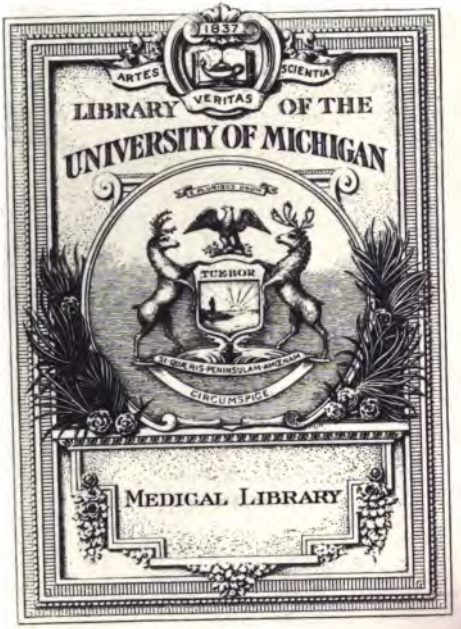
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 413918

Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
P899

Digitized by Google

Digitized by Google

Der prakt. Arzt.

Eine Monatsschrift

Herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Wilhelm Herr,

praktischer Arzt

in

Wetzlar.

Vierundvierzigster Jahrgang.

1904.

WETZLAR.

Druck und Verlag der Schnitzler'schen Buchhandlung.

1904.

Digitized by Google

Digitized by Google

Medical
Müller
7-23-29
19767

Inhalts-Verzeichnis.

	Seite
A.	
Abdomen, Palpation desselben im warmen Bade	55
Abdominaltyphus, Bemerkungen zur Behandlung desselben	177
Abnahme des mediz. Studiums	72
Aderlass, therapeutische Anwendung desselben	207
Aerztin, älteste	240
Albuminurie	9
„ , über physiolog. und pathologische	271
Amputation des Unterschenkels	86
Anämie perniciöse, Diagnose derselben	6
Anästhesie	71
Arteriosklerose, Behandlung der beginnenden cerebralen	57
Angina Vincenti	85
Anomalien des Brustskeletts, Einfluß derselben auf den Perkussionsschall der Lunge u. auf die Lage des Herzens	175
Antipyretika, welche Vorsicht lehren uns dieselben	248
Antiseptika, neuere	73. 97
Antisklerosin bei Arteriosklerose, über die Verwendung desselben	95
Auster, Chemie derselben	191
B	
Bandwurmkuren im Kindesalter	70
Bier'sche Stauung	11
Birkenblättertee gegen Nierensteine	167
Bismutose	241
Blei- und Kupferverbindung-Vergiftung vom gerichtlichen Standpunkte	173
Blennorrhoea neonatorum, Prophylaxe	23
Blutersatz, künstlicher	37
Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau	260
Bronchialasthma	219
Brucheinklemmung, zwei Fälle derselben, mit letalem Ausgang nach gelungener Operation; Originalartikel von Sanitätsrat Dr. Stein in Ehringshausen	1
C	
Chinin, Verabreichung bei Kindern	240
Chirurgie, neues aus dem Gebiet der praktischen	166
Cholera infantum, Behandlung derselben mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik	212
Chorea minor, Behandlung derselben	141
Chloroform als Gegenmittel nach Einatmung nitroser Dämpfe	201
Cholelysin	170

Digitized by Google

Seite

D

Dammriss, frischer, Behandlg. 234
Darmantisepsis 287
Dionin in Verbindung mit Morphium über die Wirkung desselben 200
Dymal 287

E

Epistaxis, Behandlung derselb. 139
Eiweissernährung, subcutane 105
Eklampsie, schonende oder forcierte, Entbindung bei 186
Entbindung, leichte, gefahrlose und normales Wochenbett; Originalbeitrag von Dr. A. Kühner in Coburg 25
Epityphlitisfrage 246
Erbrechen Schwangerer 95
Erkältung und Abhärtung 79. 102
Erlaß des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg 120
Eukain und Eukain-Adrenalin, Erfahrungen bei Lokalanästhesie 207
Eumydrin 23
Exodin, ein neues Abführmittel 51
Extractum Filicis maris, wirksame Bestandteile desselben und ihre therapeutische Verwendung 217

F

Fingerverletzung und ihre gerichtsärztliche Beurteilung 88
Formalinmilch 76
Frakturenbehandlung mit Drahtnaht 59
Fremdkörper im Ohre 91
Frische Knochenbrüche, Behandlung durch Massage und passive Bewegungen 152
Frühgeburt, die Einleitung der künstlichen bei engem Becken mittels der Bougiemethode 282
Furunkel, unblutige Behandlung desselben 224

G

Gebärmutterkrebs, welche Aufgaben haben der praktische Arzt und die ärztliche Wissenschaft demgegenüber 238
Geistesstörungen, hysterische 18
Gelenkrheumatismus, neue Behandlungsmethode des acuten durch intravenöse Salicylinjektionen 149

Seite

Gelenktuberkulosen, Behandlung derselben im kindlichen Lebensalter 214
Gleitmittel für Katheter und Bougies 240
Gonorrhoe im Wochenbett 65
Gummihandschuhe bei manueller Placentarlösung, über den Wert derselben 210

H

Hämorrhoidalblutungen, Stillung derselben 227
Händedesinfektion in der Praxis 16
Händedesinfektion 191
Harnröhren-Blutungen 160
Hautentzündungen durch Pflanzen erzeugt 277
Hautkrankheiten, Ernährungstherapie derselben 249
Hernien, über freie und incarcerierte u. deren Behandlung 131
Herzkranke Kinder, Lebensweise derselben 92
Herzuntersuchung 99
Höhen- u. Seeklima, Wirkung desselben auf den Menschen 52

I

Ichthyol, Beitrag zur Behandlung von Ergüssen in die einzelnen Körperhöhlen 57
Infusion, Technik derselben 107
Intrauterine Injektionen, Gefahren derselben 141

J

Jodipin, helles 144
Jodismus, Verhütung desselben 96

K

Kehlkopf- und -Lungentuberkulose, Beziehungen zwischen denselben 81
Klimakterische Beschwerden 111
Knochenbrüche-Behandlung v. San.-Rat Dr. Rheins in Neuss 169
Knochenbrüche, Behandlung derselben mit Gewichtsextensionen 278
Knochenbrüche, Diagnostizierung derselben 119
Kochen von Harn, Verfahren dabei 24
Kollargol-Tabletten 126
Kreide, ungesunde 288
Kreuzbänder des Knies, Zerreissung derselben 12

Digitized by Google

Seite

Kurzsichtigkeit, ihre Entstehung und Bedeutung 280
Kussmauls Methode zur Stillung übergrosser menstrueller Blutungen 263

L

Lecithinfrage und zur therapeutischen Verwendung des Lecithins 123
Levuretin u. die Saccharomyco-Therapie 100
Liquor alumini acetici, über Haltbarmachung desselben 148
Lupus, Behandlung desselben 13
Luxationen, seltene 184
„ im Schultergelenk; Originalbeitrag von Dr. A. Kühner in Coburg 265
Lysolvergiftung 71
Lysolvergiftung und ihre Vermeidung 219

M

Magen - Darmkrankheiten im Säuglingsalter, Prophylaxe und Therapie derselben 45
Magengeschwür, Therapie desselben 128
Malaria und die Amöbenkrankheiten 131
Mastdarmkrebs, die Erfolge der Radikalbehandlung 279
Mechanisch-instrumentelle Muttermunds-Erweiterung, Spätfolgen derselben 236
Megalerythema epidemicum. Die Großflecken 215
Mesotan. Anwendungsweise desselben 127
Mineralquellen, neue 268
Mittelohr - Frkrankungen bei Masern 228
Morbus Basedowii 150
Myome des Uterus, Behandlung derselben 108

N

Nähmaschinenarbeit, Einfluß auf das körperliche Befinden 132

O

Ohrfurunkulose, Behandlung derselben 162
Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und des Duodenums, Ulcus, Hyperchlorhydrie, spastischen und organischen

Seite

Pylorusstenosen und deren Folgezustände (Gastrectasie), weitere Mitteilungen über die Heilwirkung desselben 84

P

Palmarkeratom, Behandlung desselben 15
Panaritium, Behandlung desselben 38
Perforation lebender Kinder, Vermeidung derselben 229
Pepsin, Wert desselben in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter 142
Phosphaturie 244
Phytin 172
Pigmentmäler, Behandlung derselben mit 30proz. Wasserstoffsuperoxyd 90
Placenta praevia 256
Pleuritische und empyematische Skoliose, Verhütung und Behandlung derselben 158
Plötzlicher Tod Herzkranker im Schlafe, Betrachtungen über denselben 205
Prolapse, Ursachen und Behandlung derselben 188

Q

Querlage, Wendung auf das Beckenende 258

R

Radiumstrahlen, über die physiologische Wirkung derselben und ihre therapeutische Verwendung 31
Rhinol 3
Rückenschmerz, über die diagnostische Bedeutung und Bekämpfung desselben; Originalartikel von Dr. Fritz Bachmann zu Wilhelmshöhe 193
Ruhr, neuere klinische Erfahrungen 181

S

Schädelverletzungen, Casuistik derselben; Originalartikel von Dr. Baumann, k. Bezirksarzt in Lichtenau 121
Säuglingsscorbut (Barlow'sche Krankheit) 284
Schutz der Neugeborenen während der Abstossung des Nabelschnurrestes 69

Digitized by Google

Seite

Schutzimpfungen gegen Diphtheritis, über den Wert derselben 77
Sehnen, chirurgische Eingriffe an denselben 225. 250
Serumdiagnostik 145
Singultus, Ursachen und Behandlung 222
Spiritusverbände mit Duralcolbinden 238
Stuhlverstopfung im Kindesalter u. ihre Behandlung 286
Suprarenin 49

T

Therapie wiederholter Aborte und der Frühgeburt toter Kinder 144
Thiosinamin 197
Trockene und verstopfte Nase, Behandlung derselben 209
Trypanosomenkrankheit 243
Tuberkuliden, Beitrag zur Lehre von denselben 252
Tuberkulose 54
Typhusdiagnosticum, über ein neues 5

Seite

U

Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo 115
Uterusruptur 258
Uterusmyome, Behandlung derselben 22

V

Vaginal-Zyminstäbchen 48
Validol und Seekrankheit 168
Vergiftung durch Bohnensalat 78

W

Wanderniere 35
Weichselzopf, sogenannter 223
Wendung, Indikation und Technik derselben 60
Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankung der Mutter 114

Z

Zahnärztliche Schulung, Notwendigkeit derselben für den prakt. Arzt 41
Zuckerkrankheit 202

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 1 XLIV. Jahrgang. 25. Jan. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung, Wetzlar**, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Zwei Fälle von Brucheinklemmung mit letalem Ende nach gelungener Operation; Originalartikel von Sanitätsrat Dr. Stein in Ehringshausen. — Ueber Rhinol. Ein neues Typhusdiagnosticum. — Ueber perniciöse Anämie und deren Diagnose. Ueber Pubertätsalbuminurie. — Ueber Bier'sche Stauung Die isolierte Zerreißung der Kreuzbänder des Knies. Zur Behandlung des Lupus. Einiges über das Palmar-Keratom und seine Behandlung. Ein Wink für Händedesinfektion in der Praxis. — Ueber hysterische Geistesstörungen. Die Behandlung der Uterusmyome. — Eumydrin ein neues Atropinderivat. Zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. Ein altes, praktisches Verfahren beim Kochen von Harn.

Zwei Fälle von Brucheinklemmung mit letalem Ausgang nach gelungener Operation.

Originalartikel von Sanitätsrat Dr. Stein in Ehringshausen.

Den Herren Kollegen möchte ich über 2 Fälle von Brucheinklemmung berichten, von welchen der eine 12 Tage nach erfolgter Einklemmung und 10 Tage nach vorangegangener und wie der Verlauf nach derselben zeigte, auch gelungener Operation zum Exitus kam.

Am 21. Juli ds. Js. nachm. 3 Uhr war der 68 Jahre alte Sch. aus G. mit Heurechen beschäftigt und stieß sich, als er mit dem Rechen in einem Loche des Bodens stecken blieb, diesen heftig gegen den Bauch. Sofort traten so starke Schmerzen im Unterleibe auf, daß der Mann sich nur mühsam nach Hause schleppen konnte. Am folgenden Tage trat zweimaliges Erbrechen ein. Da die Schmerzen im Leibe immer heftiger wurden, suchte er am dritten Tage ärztliche Hilfe auf. Die versuchte Taxis der vorgefundenen alten Leistenhernie erwies sich als unausführbar und wurde deswegen auch als zu gefährlich aufgegeben. Am abend wurde der Patient zu mir gebracht.

Stat. präs.: Großer, sehr robuster Mann mit außerordentlich kräftigem Knochenbau, gut genährt, der Bauch jedoch nicht sehr fett. Mäßiges Emphysem, das Herz ge-

Digitized by Google

sund. In der linken Leiste hühnereigroßer Tumor, außerordentlich fest anzufühlen. Mit Rücksicht auf die Länge der Zeit seit der erfolgten Einklemmung und den stürmischen Verlauf wurde die Taxis bei der zweifellos eingeklemmten linksseitigen Leistenhernie nicht mehr versucht. Es wurde 8½ Uhr abends unter gütiger Assistenz meines Nachbarkollegen Dr. Dilger von Hohensolms die Operation vorgenommen: Zunächst wurde der äußere Bruchschnitt gemacht und der Bruchsack blosgelegt, Derselbe fühlte sich brettharт an. Der in den Leistenkanal eindringende Finger suchte den inneren Ring etwas zu dehnen, worauf eine leichte Taxis sich anschloß, welche jedoch nicht gelang, auch dann nicht, nachdem der innere Ring mit dem Bruchmesser nach oben eingeschnitten war. Es mußte demnach der Bruchsack geöffnet werden und zwar geschah dies an einer Stelle, wo er durch blutig-seröses Exsudat (Bruchwasser) im Grunde des Sacks ausgefüllt war; Vergrößerung der Oeffnung auf der Hohlsonde. Das eingeklemmte Darmstück wurde hierauf etwas vorgezogen, worauf man die Constrictions-Rinne deutlich zu Gesicht bekam. Das Darmstück selbst sah tiefblau, fast schwarzblau aus. Die enge Stelle am Bruchsackhalse wurde dann mittelst eines geknöpften Messerchens eingeschnitten, worauf die Reposition des Darmstückes mühelos gelang, indem das Volumen des brettharten Darmes sich unter dem bekannten gurrenden Gefühl plötzlich verkleinerte (Nachlassen der venösen Stase) und der Darm in die Bauchhöhle schlüpfte. Alle Beschwerden schienen beseitigt. Patient schlief die ganze Nacht wie ein Gesunder.

24. Juli: Temp. 36,9, Allgemeinbefinden sehr gut, Patient erhält eßlöffelweise kalte Milch; — 25. Juli: Temp. 37,1, Befinden gut, nachmittags jedoch Erbrechen sauerschleimiger Flüssigkeit; — 26. Juli: Temp. 37,3, öfteres Erbrechen brauner, übelriechender Flüssigkeit. Nachmittags gingen die ersten Blähungen ab. Salzwasserklystier. — 27. Juli: Temp. 37,1 öfteres Erbrechen von kotigen Massen; — 28. Juli: Anhaltendes Kotbrechen, 5½ Uhr nachmittags erster Stuhlgang; — 29. Juli: Befinden sehr gut; reger Appetit. Haferschleim mit Puro. — 30. Juli: Erbrechen, jedoch auch einmal geballte genügende Stuhlentleerung mit reichlichen Flatus; — 31. Juli: Kein Erbrechen, Befinden gut, Stuhlgang und Flatus reichlich. — 1. Aug.: Tags über Befinden sehr gut, abends 9 Uhr jedoch plötzlich heftiger Schmerz im Bauch, als „wenn etwas im Leibe geplatzt sei.“ Kräfteverfall, dünner, kaum fühlbarer Puls, kalte Extremitäten, allgemeiner Kollaps; 2. Aug. morgens 11 trat der Tod ein.

Diagnose: Perforations-Peritonitis infolge Ruptur des gangränösen Darms.

Digitized by Google

Die Diagnose wurde sofort der Rhein. Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft mitgeteilt mit der Anfrage, ob dieselbe ein Interesse an der in Aussicht stehenden Autopsie habe, was jedoch verneint wurde. Ich habe dann trotzdem die Sektion des Bauches gemacht: Der Leib ziemlich stark aufgetrieben, bereits Fäulniserscheinung, nach Eröffnung des Abdomens fand sich eine diffuse frische Peritonitis. In der rechten Leiste ein etwa 12 cm langes dunkelrotes Darmstück und an einer Stelle desselben eine Perforationsöffnung, welche beinahe für die Kuppe des kleinen Fingers durchgängig war; mäßige peritonitische Verwachsungen. Die Diagnose der Perforationsperitonitis war demnach bestätigt.

Es fragt sich nun, ob es in diesem Falle besser gewesen wäre, gleich bei der Operation das verdächtige Darmstück zu resecieren oder einen künstlichen After anzulegen. Ich glaube dies verneinen zu können, denn einmal kann man nicht mit absoluter Sicherheit voraussagen, ob das Darmstück sich nicht mehr erholt, nachdem es aus seiner Abschnürung befreit ist; es müßte denn schon grau brandig aussehen, was nicht der Fall war. Zweitens ist es doch sehr fraglich, ob die Resection bei gerade nicht der besten Beleuchtung überhaupt gelungen und für den Patient so prognostisch günstig gewesen wäre, als das Zurückbringen des Darms in der Hoffnung, daß er sich wieder erholen werde.

Den auf dem Lande praktizierenden Kollegen, welche öfters in die Lage kommen, eingeklemmte Brüche selbst zu operiren, rate ich — selbst auf die Gefahr hin, daß mein Vorschlag von jüngeren Kollegen belächelt wird — immer erst den äußeren Bruchschnitt zu machen — Bloslegung und Erweiterung der einklemmenden Bruchpforte ohne Eröffnung des Sacks. Dieses Verfahren hat natürlich nur dann Erfolg, wenn die Einklemmung wirklich im Bauchring und nicht im Bruchsackhalse besteht. In letzterem Falle ist selbstverständlich die Eröffnung des Bruchsackes und die Erweiterung des Bruchsackhalses vorzunehmen.

Der zweite ganz ähnliche Fall verlief fast geradeso und endete in der 3. Woche nach der Operation ebenfalls letal.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Rhinol. Die Schleimhäute der Nase und der oberen Luftwege sind wegen ihrer ungeschützten Lage allen äußeren Schädlichkeiten sehr leicht ausgesetzt, und es kann

Digitized by Google

uns darum nicht wundernehmen, daß eine Erkrankung derselben zu den häufigsten Erscheinungen gehört, denen wir begegnen. Abgesehen von den Nasenkatarrhen, die auf infektiöser Basis beruhen, wie bei Influenza, genügt oft eine Erkältung, ein Luftzug, um die Schleimhäute der Nase und des damit in Verbindung stehenden hinteren Nasenrachenraumes zu reizen und zu entzünden. Als Folge dieses Reizes tritt eine Rötung und Schwellung und eine damit einhergehende stärkere Absonderung der Schleimhäute ein. So ungefährlich auch eine solche Erkrankung ist, so unangenehm ist sie doch für das befallene Individuum. Trotz ihrer Einfachheit ist es meistens sehr schwer, die auftretenden Erscheinungen schnell zu beseitigen. Im allgemeinen ist gegen alle Mittel, welche die Schleimhäute noch mehr reizen, abzuraten; je einfacher und milder die Einführung des Mittels ist, desto wirksamer erweist es sich. Aus diesem Grunde ist das Rhinol von Dr. Hartmann als ein empfehlenswertes Heilmittel gegen die Katarrhe der Nase zu begrüßen. Sein Hauptvorzug besteht darin, daß es nicht direkt auf die Schleimhäute gebracht wird, sondern vermittels der Verdunstung auf dem Wege der Einatmung seinen heilenden Einfluß ausübt; seine wirksamen Bestandteile sind Menthol, Aether und Eukalyptusöl. Von Menthol ist es bekannt, daß es selbst in großer Verdünnung sich als gutes Desinfiziens bewährt. Dem Menthol kommen dieselben antiseptischen Eigenschaften zu wie dem Thymol, und es ist von Mac Donald erwiesen worden, daß Menthol in seiner antiseptischen Wirkung Karbolsäure um das Doppelte übertrifft. Da viele Katarrhe der Nase auf infektiöser Basis beruhen, so ist der günstige Effekt des Menthols leicht einzusehen. Wie Prof. Küster von Thymolinhalationen bei Keuchhusten und zumal bei den einfachen Katarrhen der oberen Luftwege eine heilsame Wirkung erzielt hat, so ist bei der Gleichwertigkeit von Menthol und Thymol dasselbe auch vom Menthol — also vom Rhinol, das ja Menthol enthält — zu erwarten. Das Eukalyptusöl, mit seinem Hauptbestandteil dem Eukalyptol, verleiht einerseits dem Rhinol einen angenehmen, balsamischen Duft und besitzt anderseits geringe desinfizierende Eigenschaften. Den anderen Bestandteilen des Rhinols kommt eine direkte spezifische Wirkung nicht zu; sie dienen vielmehr als Suspensionsmittel für Menthol und Eukalyptusöl. Der Aether erhöht jedenfalls die Verdunstungsfähigkeit des Mittels. Die Zusammensetzung des Rhinols ist jedenfalls glücklich gewählt. Von diesem Gesichtspunkte ist darum Rhinol, welches in der einfachen Form von Einatmungen in Verwendung gelangt, als ein empfehlenswertes Mittel gegen Katarrhe der oberen Luftwege zu bezeichnen.

Digitized by Google

Ueber ein neues Typhusdiagnosticum. Von F. Ficker. Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Gruber-Widalschen Serumreaktion als Typhusdiagnosticum u. die Schwierigkeiten einer exakten Typhusdiagnose in der Praxis, sowie nicht zuletzt mit Rücksicht auf die Postulate der öffentlichen Gesundheitspflege hat F. ein Präparat hergestellt, welches die von bakteriologischen Laboratorien entfernt wohnenden Aerzte und kleine, in dieser Hinsicht nicht ausgerüstete Spitäler in einfachster Weise anwenden können, um die genannte Reaktion, ohne Typhuskultur, Brütschrank und Mikroskop, sofort auszuführen.

Das Präparat enthält die spezifisch agglutinablen Stoffe und stellt eine leicht getrübte, sterile Flüssigkeit dar, welche monatelang haltbar und gebrauchsfähig sein soll, wenn sie im Dunklen und Kühlen aufbewahrt und von Zeit zu Zeit geschüttelt wird. Es besitzt ferner die hervorragenden Eigenschaften, daß es während der Zeit der Beobachtung der Reaktion sich nicht spontan klärt und durch die in der üblichen Weise abgestuften Verdünnungen des zu prüfenden Serums in demselben Grade beeinflußt wird, wie die Suspension lebender Typhusbazillen,*)

Die Reaktion tritt bei Zimmertemperatur ein und zwar in einer viel kürzeren Zeit als bei der Laboratorienmethode, verläuft dem bloßen Auge sichtbar und endet völlig eindeutig.

Die Ausführung der Reaktion, vor welcher das Präparat sorgfältig geschüttelt werden muß, geschieht in der Weise, daß man zunächst das zu prüfende Serum auf das 10fache mit steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und mittelst graduierter Pipette von dieser Serumverdünnung beispielsweise 0,2 und 0,1 ccm. in je ein Spitzgläschen 1 und 2 überträgt. Gläschen 1 erhält dann 0,8 ccm, Gläschen 2 0,9 ccm des Diagnosticums. Ein weiteres Gläschen erhält 1 ccm Diagnosticum ohne Serumzusatz. Nach Aufsetzen von Kork- oder Gummipfropfen auf die Gläschen wird gut gemischt. Dann läßt man die Gläschen bei Zimmertemperatur vor Licht geschützt stehen. Nach 10—12—14 Stunden ist das Resultat erkennbar; länger wie 20 Stunden darf mit der Festellung des Resultats nicht gewartet werden. Man erleichtert sich die Beobachtung des Inhaltes der Gläschen, wenn man sie vor einem schwarzen Hintergrund betrachtet oder zwischen Lichtquelle (Fenster) und Gläschen, die man in Augenhöhe bringt, die ausgestreckte Hand in 5—10 cm Entfernung hinter die Gläschen hält. Die

*) Ueber die Herstellungsweise des Präparates verspricht Dr. F. demnächst zu berichten. Das Präparat wird mit Gebrauchsanweisung und dem für die Ausführung der Reaktion nötigen Besteck von der Firma Merck in Darmstadt geliefert.

Digitized by Google

positive Agglutination gibt sich durch Klärung kund, wobei gleichzeitig infolge Verwendung der Spitzgläschen die Zusammenballung der agglutinablen Stoffe des Präparates besonders deutlich in die Erscheinung tritt.

Die Resultate der in obiger Weise angestellten Reaktion sind nach F. gleichlautend mit denjenigen, die bei vergleichender Verwendung der bisherigen Methode erhalten wurden, und somit auch die Gesichtspunkte, ob Typhus vorliegt oder nicht, dieselben wie bisher.

(Berl. kl. Wochenschr. No. 45. 03.)

II. Medicin.

Ueber perniciöse Anämie und deren Diagnose. Von Privatdocent Dr. O. Naegli-Zürich. (Wiener med. Wochenschrift, 1903, No. 34.) Das Krankheitsbild der perniciösen Anämie wurde vor 35 Jahren durch Biermer gezeichnet. Dasselbe besteht nach ihm in hochgradiger Anämie und Hydrämie, Verdauungsstörungen, Erscheinungen von Seiten des Gefäßapparates (anämische Geräusche, Blutungen in die Haut und Netzhaut), regelmäßigem nicht hochgradigem Fieber und dem eigenartigen Verlaufe der Krankheit, die in Biermers Beobachtungen stets zum Tode geführt hatte. Die Sectionen ergaben einen einheitlichen, aber nicht characteristischen Befund, nämlich hochgradige Blutarmut, fettige Degeneration des Herzmuskels, Siderosis der Unterleibsorgane, und später wurde noch die häufige Umwandlung des Fettmarks der Röhrenknochen in rotes, blutbildendes Mark den Erscheinungen hinzugefügt.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß auf Grund der Biermer'schen Symptome das Leiden extra vitam nur in einem gewissen, allerdings ziemlich hohen Procentsatz der Fälle diagnosticiert werden kann, daß ferner die Diagnose auf dieser Basis oft lange Zeit nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose ist und daß sie in frühen Stadien kaum gestellt werden kann. In nicht allzu seltenen Fällen ergab die Section entgegen der Annahme ein Carcinom, das die schwere Anämie bedingt hatte.

Es war deshalb ein dringendes Postulat, durch weiteren Ausbau der Symptome die Diagnose früher und sicherer zu stellen, und diesem Verlangen wurde durch die hämatologischen Untersuchungen der Folgezeit Genüge geleistet. Zuerst machten besonders Eichhorst, H. Müller und Quincke auf jene Veränderungen der roten Blutkörperchen aufmerksam, die wir heute als Poikilocytose be-

Digitized by Google

zeichnen. Die weitere Erfahrung aber ergab, daß daraus für die Diagnose nicht allzuviel abzuleiten war.

Wichtiger schon erwiesen sich für die Erkennung des Leidens die von Hayem und Laache betonten eigenartigen Verhältnisse, daß nämlich der Färbeindex des einzelnen roten Blutkörperchens bei perniciöser Anämie abnorm hoch und bei secundärer, z. B. Carcinomanämie, abnorm niedrig ist. Weitaus das größte Interesse beanspruchen die von Ehrlich entdeckten und von ihm für perniciöse Anämie als besonders beweisend erklärten Megaloblasten, jene abnorm großen, kernhaltigen, roten Blutkörperchen. Noch später wurde die Verminderung der Leukocyten bei perniciöser Anämie gegenüber der oft vorhandenen Leukocytose bei schweren secundären Anämien als wichtig betont, und unter den einzelnen Formen der Leukocyten fiel es auf, daß procentualisch die Lymphocyten eher vermehrt als herabgesetzt waren, wiederum im Gegensatze zu den anderen secundären Anämien. N. selbst lenkte die Aufmerksamkeit auf eigentümliche Verhältnisse des Knochenmarks, das bei perniciöser Anämie kleine granulalose lymphocytenähnliche Gebilde (Myeloblasten) in domminirender Zahl enthält, während bei den übrigen schweren Anämien etwas ähnliches nicht constatiert werden kann. N. versuchte aus diesem histologisch so verschiedenen Befunde das abweichende Verhalten der Leukocyten im Blutbilde als Folge einer abnormen Function des Knochenmarks zu erklären, insbesondere betonte er, daß einem Knochenmark mit wenig granulahaltigen Zellen (perniciöse Anämie) auch ein Blut mit wenig granulierten Leukocyten entspricht.

Daß der perniciösen Anämie dieser Symptomencomplex des Blutes in außerordentlich großer Constanz zukommt, möchte N. an der Hand von 29 eigenen Fällen beweisen.

Der gewichtige Befund ist auch heute noch der Nachweis der Megaloblasten. Sie wurden in den 29 Fällen nur einmal auf die Dauer vermißt und konnten in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen gleich das erste Mal gefunden werden.

Eine hohe Bedeutung hat ferner der Nachweis vieler Megalocyten, während N. dem Befund vereinzelter Zellen dieser Art keine diagnostische Bedeutung beilegen möchte. Reichliche Megalocyten waren in allen 29 Beobachtungen vorhanden.

Von hohem Werte ist ferner die Bestimmung der Leukocytenzahl und der einzelnen Arten der weißen Blutkörperchen. Bei voller Entwicklung des Leidens fehlt eine

Digitized by Google

Verminderung der Leukocyten nie, außer bei Komplikationen. Unter den weißen Blutkörperchen ist die Reduktion der granulierten Zellen eine hochgradige, ganz gewöhnlich sind nur 1000—2000 statt 5000 vorhanden. Nicht in gleichem Maße nehmen die Lymphocyten an Zahl ab; recht oft ist ihre absolute Menge normal, ca. 1500 im Kubikmillimeter. Dadurch kommt es, daß der Prozentsatz der Lymphocyten dann sehr hoch erscheint, ja sogar oft 50 überschreiten kann, ein differentialdiagnostisch wichtiges Zeichen. Die Erhöhung des Lymphocytenprozentsatzes findet N. bei perniciöser Anämie unterhalb 1500000 roter Blutkörperchen ganz konstant.

Neben Megaloblasten und Leukopenie spielt der schon von Hayem und Laache betonte hohe Färbeindex des einzelnen roten Blutkörperchens eine sehr wichtige Rolle.

Es spricht deshalb die wesentliche Erhöhung des Färbeindex in sehr gewichtiger Weise für perniciöse Anämie und gegen eine andere Affektion.

Diagnostisch gut zu verwerten ist sodann die bei Biermer'scher Anämie gewöhnliche ganz hochgradige Herabsetzung der roten Blutkörperchen, wie sie bei anderen Affektionen nur äußerst selten angetroffen wird. Es ist sehr häufig, daß bei perniciöser Anämie bald Werte der roten Blutkörperchen gefunden werden, die weniger und oft sehr erheblich weniger als 1000000 betragen. Man muß aber in der Literatur schon ganz gehörig suchen, um bei Carcinom einige Angaben unter 1000000 zu treffen. Diese Fälle machen aber differentialdiagnotisch gar keine Schwierigkeiten, indem sie sich leicht durch erhebliche Leukocytose von Biermer'scher Anämie unterscheiden.

Das Fibrin und die Blutplättchen fand N. stets vermindert; oft ist die Zahl der Blutplättchen ganz hochgradig herabgesetzt. Zweifellos hängt damit das vollständige Fehlen von Entzündungserscheinungen und von Thrombosen zusammen, was schon H. Müller betont und als negativ pathognomonisches Zeichen der Krankheit hingestellt hat.

Eigenartig ist noch der Magenbefund bei der Biermerschen Anämie. N. fand in seinen Fällen, soweit die Untersuchungen möglich waren (15 Fälle), stets Hypermotilität, Anacidität und sehr wenig Pepsin, ein Befund, der durchaus der Achylia gastrica entsprach.

Die Ursachen des Leidens sind uns heute immer noch so gut wie unbekannt, einzig die Botriocephalusanämie darf als perniciöse Anämie mit erkannter Genese angesehen werden.

Obwohl wir noch so wenige ätiologische Faktoreu der Biermer'schen Anämie kennen, so ist doch schon heute

Digitized by Google

ganz sicher, daß die perniciöse Anämie nicht als ätiologische Einheit aufgefaßt werden darf; sie ist mithin keine Krankheitseinheit, sondern ein Symptomenkomplex, allerdings von großer Einheitlichkeit und Konstanz. Das ist auch durchaus verständlich; denn es liegt dem Leiden eine einheitliche Organaffektion, eine charakteristische Aenderung des Knochenmarks in Bau und Funktion zu Grunde. (Allg. med. Zentralz.)

2 Aus der Kategorie der gutartigen **Albuminurie** hat v. Leube die sogenannte Pubertätsalbuminurie als ein wirkliches Krankheitsbild von chronischem aber zur Heilung führenden Verlauf herausgehoben. Nach Leube handelt es sich um aufgeschossene leicht ermüdende blasse Knaben und Mädchen mit Neigung zu Kopfschmerzen, Schwindel, dyspeptischen Beschwerden u. a., bei denen die Urinuntersuchung bald stärkeren bald schwächeren Eiweißgehalt ergibt, der im Nachturin gewöhnlich fehlt und unter dem Einfluß von Bewegung sich einstellt. Die Ursache dieses Krankheitsbildes liegt teils in der schlechten Blutbeschaffenheit, teils in der leichten Herzinsufficienz mit Neigung zur Stauung, krankhafte Zustände, die nach Leube in der Pubertät begründet sind, indem die Blutneubildung mit der übrigen Gewebsneubildung nicht gleichen Schritt hält und das Herz sich den gesteigerten Anforderungen nicht adaptiert. Mit der Besserung der Blutbeschaffenheit und der Ernährung und mit der Vollendung des Körperwachstums heilt die Pubertätsalbuminurie gewöhnlich und bleibt dauernd verschwunden; aber auch v. Leube bestreitet die Möglichkeit nicht, daß diese Form der Albuminurie gelegentlich in Nephritis übergehen kann (l. c. S. 442), weswegen in der Prognose immerhin eine gewisse Vorsicht am Platze ist. Die Darlegungen von Leube haben um so größere Aufmerksamkeit erregt, als zugleich die Erörterungen Krehls über eine andere, wohl gleichsinnig zu beurteilende Anomalie der Pubertätszeit bekannt wurden, nämlich die sogen. Wachstumshypertrophie des Herzens. In seiner Monographie über die Erkrankungen des Herzmuskels (S. 391) führt Krehl aus, daß er unter einem großen Untersuchungsmaterial jugendlicher Arbeiter (Lehrlinge) faßt ein Drittel mit leichten subjektiven Herzbeschwerden behaftet gefunden hätte, bei welchen sehr verschiedene objektive Veränderungen des Herzens zu konstatieren waren. Es fand sich oft Verbreiterung der relativen Herzdämpfung nach rechts mit oder ohne Accentuation des zweiten Pulmonaltons, oft waren absolute und relative Herzdämpfung nach links vergrößert, der Spitzenstoß rückte über die Mamillarlinie heraus, zuweilen auch in den 6. Intercostalraum herab. In den meisten Fällen verschwanden subjektive Erscheinungen vollkommen

Digitized by Google

in ½—2 Jahren, oft genug aber waren dieselben auch noch vorhanden, als die jungen Leute nach zwei Jahren aus der Beobachtung entlassen wurden. Die Prognose der Wachstumsherzhypertrophie ist also nach Krehl im allgemeinen günstig, doch stets mit Vorsicht zu stellen. Aus diesen Citaten ergibt sich, dass Herz und Nieren in der Pubertät zu Zeichen der Insufficienz geneigt scheinen, welche zwar gewöhnlich zur Norm zurückkehren, indess auch die Grundlage späterer irreparabler Erkrankungen werden können. Bei der großen allgemeinen Bedeutung dieser Fragen ist es sehr erwünscht, wenn weitere Beobachtungen hierüber zur Kenntnis kommen. Es hat nun neuerdings Lommel die Erfahrungen über Pubertätsalbuminurie mitgeteilt, die er an dem besonders geeigneten Material der Jenenser Poliklinik gesammelt hat. Lommel benutzt Aufzeichnungen über 587 junge Leute, die zum Teil 3—4 Jahre fortlaufend untersucht worden sind. Davon zeigten 111 = 18,9 % einmal oder wiederholt positive Eiweißreaktion. In den meisten Fällen hatte die Albuminurie einen ausgesprochen intermittierenden Charakter, so daß eine einmalige Untersuchung eines jungen Menschen diese Pubertätsalbuminurie keineswegs zu enthüllen braucht. Die Eiweißmenge war meist sehr gering, nur selten ziemlich beträchtlich, über 1 ‰; Sediment meist nicht vorhanden, oder nach langem Zentrifugieren ein äußerst spärlicher Gehalt an hyalinen Zylindern und einzelnen verfetteten Epithelien. Unter 90 Fällen von Albuminurie fand sich 38 mal ein abnormer Herzbefund notiert, davon 13 mal zweifellos linksseitige Dilatation, 11 mal besondere Resistenz des Spitzenstoßes, 9 mal ein systolisches Geräusch, in den übrigen Fällen dauernde Tachykardie oder rechtsseitige Verbreiterung. Ueber den weiteren Verlauf der Beobachtung berichtet Lommel summarisch, die normalen Verhältnisse wären häufig und dauernd zurückgekehrt, die vergrößerten Herzen hätten sich fast stets zurückgebildet. Genaue Zahlen wären in dieser Beziehung erwünscht. Daß die hier besprochenen Krankheitsbilder unser größtes Interesse verdienen, bedarf keiner besonderen Hervorhebung. Wie oft werden uns nicht Knaben und junge Leute vorgeführt, bei denen die Berufswahl wegen subjektiver Herzbeschwerden große Schwierigkeiten macht, und bei welchen wir erregte Tätigkeit eines hypertrophischen Herzens und spurweise Albuminurie finden! Sind das Pubertätsanomalien oder die ersten Zeichen schleichender interstitieller Nephritis? Eine unvorsichtige Entscheidung kann hier ohne Not ganz schlimme Folgen zeitigen. Es wäre wohl zu wünschen, daß Familienärzte, welche oft junge Leute über solch' kritische Zeit zu guter Gesundheit geleitet haben, hierüber ihre Erfahrungen mitteilen.

Therap. d. Gegenwart.

Digitized by Google

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber die Bier'sche Stauung. Habs empfiehlt in allen Eällen von lokaler Tuberkulose der Knochen und Gelenke bei Stauungshyperämie als einleitendes Verfahren die Behandlung zu versuchen; bei geschlossener Tuberkulose (ohne Fistelbildung) gelingt es oft, ohne Operation durch ausschließliche Anwendung der Stauungshyperämie Heilung zu erzielen. Bei offener Tuberkulose und bei schweren Knochenzerstörungen, insbesondere bei Sequesterbildung soll man aber mit ihr nicht lange Zeit vergeuden; man kommt in diesen Fällen durch ausgiebige Operation weit schneller zum Ziele. Gute Erfolge wurden mit der Bier'schen Stauung bei der gonorrhoischen Gelenksentzündung erzielt. Die große Schmerzhaftigkeit bei dieser Affektion verschwand schnell, der Erguß gelangte zur spontanen Resorption. Aehnliche Besserungen beobachtete H bei chronisch-rhenmatischen Gelenksentzündungen doch zog sich diese Behandlung in die Länge, daher bevorzugt er dabei mehr die Heißluftbehandlung. Bei Arthritis deformans waren die Resultate wenig günstig. Sehr gute Erfolge wurden bei Gelenkssteifigkeiten nach Verletzungen erzielt, wobei die Stauungshyperämie, kombiniert mit Massage und Medikomechanik zur Verwendung kam. Ferner wurden eine Anzahl Erfrierungen ersten und zweiten Grades mit Erfolg der Stauungshyperämie unterzogen. Außer der passiven Stauungshyperämie wurde von Bier u. a. auch die aktive Hyperämie durch heiße Luft, heiße Umschläge u. s. w. (Heißluftkästen, Glühlichtbäder) als therapeutisches Agens in Anwendung gezogen. Die Wirkung der aktiven Hyperämie ist nach Bier eine schmerzstillende und resorptionsbeschleunigende. Bei den gonorrhoischen Gelenksentzündungen wirkt die Stauungshyperämie schneller als die aktive Heißlufthyperämie. Man geht in folgender Weise vor: Bei Tuberkulose läßt er in den ersten acht Tagen zweimal täglich die Stauungsbinde vier bis fünf Stunden liegen, dann immer weniger, schließlich täglich nur noch eine Stunde, dies bis zur Heilung. Es ist zweckmäßig, die Stauungsbehandlung mit Jodoforminjektionen zu kombinieren, und zwar wenn Gelenksergüsse oder geschlossene Abszesse bestehen. Große Abszesse werden gespalten, Fisteln ausgeschabt. Bei vorgeschrittener Tuberkulose werden große Operationen (Resektionen etc.) gemacht. Bei gonorrhoischem Gelenksrheumatismus wendet er von vornherein Stauungshyperämie an, die Binde bleibt 8—12 Stunden täglich liegen. Sind unter der Stauungsbehandlung das Fieber und die Schmerzhaftigkeit geschwunden, so wird neben der Stauung jeden dritten Tag aktive Hyperämie zwecks Re-

Digitized by Google

sorption der Gelenkergüsse verwendet, und zwar eine einstündige Behandlung im Heißluftkasten resp. Sandbade oder im elektrischen Lichtbade. Bei chronischen Gelenksversteifungen, die sich nach Traumen oder im Anschluß an Entzündungen herausgebildet haben, empfiehlt H. neben der Massage und der Medikomechanik zweimal täglich eine Stunde Stauung und jeden dritten Tag ein Heißluftbad von einstündiger Dauer. Bei chronischen rheumatischen Gelenksentzündungen verwendet er vorwiegend aktive Hyperämie, und zwar läßt er die Glieder ein- bis zweimal täglich eine Stunde im elektrischen Lichtbade oder Heißluftkasten schwitzen; daneben bisweilen noch Stauung. Bei mangelnder Kallusbildung läßt er täglich zwei Stunden stauen, verwendet daneben Massage. Bei Erfrierungen ersten und zweiten Grades, Frostblasen und Frostgeschwüren, werden die Blasen aseptisch verbunden und zweimal täglich wird ein bis zwei Stunden Stauunghyperämie angewendet. — (Münch. med. Wochenschr., 22, 1903.)

Die isolierte Zerreissung der Kreuzbänder des Knies. Von Fr. Pagenstecher in Elberfeld. In der Literatur sind bisher wenige Fälle dieser Art beschrieben. P. fügt zu denselben die eigenen Beobachtungen. Die Zerrung, Einrisse, Ausreissung aus der Insertion mit oder ohne Knochen-Knorpelstück kann man als innere Distorsion des Knies zusammenfassen, Rotationen, Hyperflexion und Hyperextension sind imstande, die innere Distorsion zu erzeugen. Im klinischen Bild treten Hämarthros und starke Schmerzhaftigkeit hervor, welche zur Ruhigstellung des Gelenkes zwingen. — Nur bei Einwirkung einer sehr starken Gewalt, die zum mindesten Zerrungen anderer Bänder bewirkte, kommt es zu abnormer Beweglichkeit. Die Heilungsbedingungen liegen nicht ganz günstig, während bei Zerreissung der äusseren Bänder des Knies durch einfache Behandlung in der Regel glatte Heilung erzielt werden kann. Nach Traumen, welche die Kreuzbänder betreffen, kommt es leicht zur Bildung eines Schlottergelenkes, ev. zu chronischer Arthritis oder Osteoarthritis, Arthritis deformans traumatica, vielleicht auch zur Bildung freier Gelenkkörper. Therapeutisch ist aktives Vorgehen zu empfehlen, sobald grösserer Bluterguss oder stärkere Beschwerden nach Ablauf der ersten entzündlichen Periode zurückbleiben. Durch entsprechende Inzision werden Blut und entzündliche Produkte entleert. Man kann ev. behufs genauerer Diagnose durch eine kleine Kapselöffnung das Gelenksinnere mit der Knopfsonde abtasten. Bei Schlottergelenk ohne Schädigung des äußeren Bandapparates ist Eröffnung des Gelenkes und Naht der Kreuzbänder indiziert, hierbei können abgesprengte

Digitized by Google

Knochenstücke, die sich zu Gelenkmäusen entwickeln würden, entfernt werden. Die Angabe, daß das sog. schnellende Knie durch Zerreißung des hinteren Kreuzbandes zustande komme, konnte er bei einem Falle eigener Beobachtung nicht bestätigen. (Deutsche med. Wochenschr. 47, 1903).

Zur Behandlung des Lupus. Von Dr. Dreuw-Hamburg-Altona. Seit vier Monaten wendet D. an der Unna'schen Poliklinik für Hautkranke zur Behandlung des Lupus folgende Methode an. Die lupösen Herde des Körpers, der Extremitäten oder des Gesichtes werden durch Chloraethyl vollständig vereist und, während dieselben noch vollständig mit Eismassen bedeckt sind, mit einem Wattebausch, der um die Spitze eines Holzstabes oder Federhalters gewickelt und dann in Acidum hydrochloricum crudum getaucht ist, fest unter Druck eingerieben, so lange, bis Schmerzhaftigkeit eintritt. Es bildet sich dann, namentlich dort, wo die Knötchen sitzen, eine weißlichgraue Verfärbung. In dem Momente, wo der Patient über brennenden Schmerz klagt, wird wieder vereist und dann mit Acid. hydrochloricum crudum tüchtig eingerieben, so lange, bis die zu behandelnde Stelle grauweiß erscheint. Acid. hydrochloric. crudum scheint nach den mikroskopischen Präparaten zu urteilen, eine elektive Wirkung auf die Lupusknötchen zu haben, während das gesunde Gewebe, welches die Epidermisknötchen umgibt, verhältnismäßig weniger angegriffen wird. Es muß vollständige Vereisung stattfinden. Man darf daher erst dann mit Acid. hydrochlor. crudum ätzen, wenn das ganze mit Chloraethyl bestäubte Feld von schneeweißen Massen bedeckt ist. Nach der Vereisung wird Acid. hydrochlor. crudum unter Druck und gründlich auf den Lupus aufgerieben, wobei der Druck so stark sein muß, als es der Patient eben vertragen kann. Hat man einen Lupus exfoliativus, so braucht man einen weniger starken Druck auszuüben, ebenso bei tuberkulösen Geschwüren und Granulationen. Bei zirkumskriptem, etwa taler- bis fünfmarkstückgroßem Lupus mit tiefliegenden Knötchen empfiehlt es sich, nach vollständiger Vereisung die Epidermis über dem Lupusherd vollständig zu zerstören, indem man mit dem Salzsäurewattebausch gründlich reibt, so lange bis die Epidermis über dem Lupus eine weißlich-graue, breiige Masse bildet. Die Aetzwirkung ist eine nicht sehr tiefgehende. Man hat darauf zu achten, daß bei der Aetzung der Wattebausch gehörig mit HCl durchtränkt wird. Es empfiehlt sich daher, während der Aetzung die Watte öfters in HCl einzutauchen, oder verschiedene Holzstäbe, mit Watte umwickelt, bereit zu halten. Es ist eine bemerkenswerte Tatsache bei der Flächenätzung, daß so lange man nicht über die vereisten Stellen übergreift,

Digitized by Google

kein Schmerz entsteht. Erst nach einiger Zeit zeigt sich Schmerzempfindung, die aber sofort wieder weicht, wenn man mit einer geringen Menge Chloraetyl die schmerzhafte Stelle wieder vereist. Es ist möglich, große Lupusstellen in einer Sitzung zu behandeln. Bei einem ausgedehnten Lupus des ganzen Unterarmes, bei multiplem Lupus und bei einem etwa tellergroßen Lupus am Halse hat er successive immer talergroße, nebeneinanderliegende Flächen in einer Sitzung behandelt. Man darf kein Acidum hydrochloricum, sondern nur Acidum hydrochloricum crudum verwenden.

Die Nachbehandlung der geätzten Bezirke besteht darin, daß man ein Pulver aufstreut. Es bilden sich in 2—4 Tagen Borken und mit diesen fällt nach 8—14 Tagen ein grosser Teil der zerstörten Lupusknötchen aus. Nach Abfallen der Borken bekommt man in 3—4 Wochen eine glatte Fläche, in der nach der Abheilung vielleicht noch einige Lupusknötchen sitzen, die dann durch Flächenätzung verödet werden.

Die Resultate, die D. an 9 Patienten beobachtete, waren gute und schnelle. Es befanden sich unter den Patienten solche, die 20—22 Jahre in Behandlung gewesen waren. Bezüglich der Dauer der Heilung resp. ob Rezidive nach vollständiger Behandlung, d. h. wenn man mit dem Diaskop keine Knötchen mehr entdecken kann, entstehen, lässt sich vor der Hand noch nichts Bestimmtes sagen. Hierzu gehört die Beobachtung vieler Jahre. Namentlich tuberkulöse Ulcera und Granulationen sieht man rasch heilen. Verf. behandelte eine Frau, die seit vier Jahren tuberkulöse Ulcera auf der Nase, den Wangen, in alten Transplantationsnarben und am Mundwinkel hatte. Dieselben bedeckten sich nach fünfwöchentlicher Behandlung (alle 8—14 Tage einmal Aetzung) vollständig mit Epidermis. Bei einer zirka 20 Jahre an Lupus exfoliativus leidenden Frau — der Lupus bedeckte das ganze Gesicht einschließlich der Augenlider — hatten schon die ersten Aetzungen in 5 Wochen ein vorzügliches kosmetisches Resultat. Die Schuppen fielen ab und es entstand eine glatte und glänzende Fläche der ganzen behandelten Gesichtshaut. Ein bestehendes Ektropium des rechten Auges, welches eine Konjunktivitis erzeugt hatte, wurde ebenfalls in kurzer Zeit bedeutend gebessert.

Bei den bisherigen Methoden und dem chemischen Verfahren ist die Behandlung meist mit grossen Kosten verbunden, während die genannte Methode sozusagen gar nichts kostet. Jeder praktische Arzt ist ohne weiteren Apparat imstande, die Behandlung durchzuführen. Das Verfahren ist ohne größere Schmerzen ausführbar. Das einzige, was etwas Schmerz bereitet ist die Vereisung. Nach der Aetzung tritt kaum je ein nennenswerter Schmerz ein, und wenn, so weicht

Digitized by Google

dieser sofort einer neuerlichen Chloraethylanwendung. Vergiftungserscheinungen wurden selbst bei ausgedehnten Aetzungen nicht beobachtet. (Monatsh. f. prakt. Derm., Nr. 5, 1903.)

Einiges über das Palmarkeratom und seine Behandlung. Von A. Sack-Heidelberg. Das Keratom ist kein eigentliches Krankheitsbild. Es gibt ein syphilitisches Keratom, das nur eine excessive Entwicklung der syphilitischen Psoriasistüpfel, beziehungsweise des serpiginösen, trockenen Syphilids darstellt, ein habituell traumatisches Keratom, wie es bei vielen Handwerkern, wie Schustern und Tischlern, die mit einer gewissen mit Druck und Reibung einhergehenden Kraftanstrengung ihre Arbeit verrichten müssen, ein excessive Formen von Ichtyosis oder chronisches Ekzem begleitendes Palmarkeratom, schließlich ein symmetrisches, essentielles Keratom, für welches keine bestimmte Aetiologie bekannt ist. Jedenfalls kommt dem Keratom je nach seiner Aetiologie das einemal eine mehr symptomatische, das anderemal eine essentielle Bedeutung zu. Histologisch beruht es auf einer Anomalie der Verhornung. Der daraus resultierende Zustand ist die mit bloßem Auge wahrnehmbare Anhäufung von Hornsubstanz oder Hyperkeratose. Mit Rücksicht auf die Tatsache, daß der Prädilektionsort dieser Keratome die Palmar- und Plantarflächen sind, muß in der außerordentlichen Zahl der Knäueldrüsen, die sich hier vorfinden, ein allen Keratomen notwendig zukommendes Moment gesehen werden. Eine große Anzahl der Keratomkranken leidet zugleich an Hyperidrosis der Hohlhand und der Finger. Eine dritte charakteristische Eigenschaft, die allen Keratomen mehr oder weniger zukommt, ergibt sich aus den funktionellen Bedingungen, welche die Hand als Greiforgan den Keratomen bietet. Es gibt kein zweites Hautgebiet, das annähernd so reich an Falten wäre, wie gerade die Hohlhand. Die unelastische keratotische Schwarte muß tief einreißen, um dem Spannungszuge bei der Greifbewegung folgen zu können. Mit Rücksicht auf die drei Hauptsymptome der Keratome, die Hyperkeratose, die mit Quellung einhergehende Schweißsekretion und die Zerreißung der homogenisirten Hornschwarte, wird man nur von einer solchen Behandlungsmethode erfolgreiche Beeinflussung des Leidens erwarten können, die allen diesen Momenten Rechnung trägt. Auf der Suche nach wirksamen Methoden griff S. nach einem alten Volksmittel, dem frisch bereiteten, süßen, weichen Rahmkäse. Die Bedeutung des reinen Kaseins wurde schon von Unna gebührend gewürdigt, welcher es zu einer Salbengrundlage verarbeitete und unter dem Namen Unguentum caseini in die Therapie einführte. Durch Anwendung dieses einfachen,

Digitized by Google

leicht zu beschaffendes Mittels kann der Arzt in kürzester Zeit das erreichen, wozu er bei anderen Methoden viel länger dauernde und unangenehmere Anwendungsweisen gebrauchen müsste. Will man in gewissen Stadien die Exfoliation der Hornmassen beschleunigen, so greife man zu einer komplizierteren Behandlung. Man lege über nacht einen Käseverband unter Guttaperchaabschluß auf und unterstütze seine Wirkung während des Tages durch häufige und intensive Einreibung folgender Flüssigkeit in die Handfläche:

Acid salicyl.	
Boracis aa	5,0
Spir. vini	10,0
Glycerini	80,0

Bei noch stärkeren Verhornungsgraden, wo schon wirkliche Tylositas vorliegt, wird man ohne die Salicylseifen und Zinksalicylseifenpflastermulle kaum auskommen. (Wiener klin. Rundschau, No. 40, 1903.)

Ein Wink für Händedesinfektion in der Praxis. Von Dozent Dr. Fessler-München. (Deutsche Aerzte-Ztg.) Am 4. Mai 1908 starb nach fünftägigem Krankenlager unter dem unklaren Bilde einer rasch verlaufenden inneren Sepsis mit hohem Fieber, Benommenheit, großer Prostration der Kräfte, Dr. Vollers in München, 36 Jahre alt. Die Sektion ergab: Sepsis, malignes Oedem der rechten Oberextremität, Vereiterung des retroperitonealen Zellgewebes mit multipler Abszeßbildung ebenda, akute, fortgeleitete, diffuse, eitrige Peritonitis.

Als wahrscheinlicher Ausgangspunkt der Sepsis erschien eine während der Krankheit fast wieder abgeheilte, oberflächliche, kleine Rißwunde am rechten Handgelenk des Verstorbenen. Der rechte Unterarm war einen Tag vor dem Tode stark entzündlich geschwollen. Vollers hatte bis zum Tage seiner Erkrankung eine Wöchnerin in Behandlung, bei der vom dritten zum vierten Tage nach der Entbindung Fieber eintrat. Nach vier weiteren Tagen machte sich bei der Patientin ohne äußere Wunde eine Schwellung des rechten Unterarmes geltend.

Aus dieser Infiltration entwickelte sich im Verlaufe der nächsten acht Tage ein tiefliegender Abszeß, welcher durch einen ulnar-lateralen Einschnitt in die Muskulatur wohl zur Eröffnung, aber nicht zur Ausheilung gebracht wurde. Fünf Wochen lang entleerte sich aus der Wunde dicker, gelbgrüner Eiter bei jedem Verbandwechsel, zu welchem Sublimatlösung und Jodoformgaze verwendet wurde.

Digitized by Google

Nach dem Tode V.'s wurde Fessler zur Behandlung des Abszesses beigezogen. F. spaltete den Abszeß breit auf der ulnaren Seite. Von dem über F.'s rechte Hand fließenden Eiter blieben Reste zwischen seinen Fingern haften. Während der Operation kam ihm wohl die Gefährlichkeit dieses Stoffes voll zum Bewußtsein, aber er fand erst nach Beendigung der Tamponade Zeit, seine Hände in 1 prom. Sublimatwasser säuberlich abzuspülen. Nach Beendigung der Operation wusch er sich noch einigemal die Hände mit warmem Wasser und Seife und hatte keine Gelegenheit mehr, am gleichen Tage eine eiternde Wunde zu berühren. Am nächsten Tage spürte er am Rücken des Grundgliedes vom rechten kleinen Finger eine eigentümlich juckende, stark geschwellte und gerötete Stelle; es handelte sich um einen hart infiltrierten Haarfollikel, den F. sorgfältig beachtete und tagsüber öfters mit Jodtinktur betupfte. Schon oft sah er unter dieser Behandlung kleine entzündete Hautrisse rasch abheilen. Diesmal aber glückte es nicht, und als am abend rote Streifen am Handrücken und Schwere im Oberarm mit Appetitlosigkeit eintraten, griff er zum feuchtwarmen Umschlag mit 8proz. essigsaurer Thonerde. Unter diesem Verbande kam es am nächsten Tage zur Abscedierung des Haarbalges, womit der Infektionsherd lokalisiert blieb.

In dem Eiter dieses follikulären Herdes fand F. einmal kurze, dicke Stäbchen, wie jene des malignen Oedems, sonst niemals mehr Spaltpilze. Aus dem Eiterpfropf des Follikels wurden mehrere Kolonien von Staphylococcus aureus, eine von Staph. albus auf Agar-Agar bei 37° C. kultiviert.

Inzwischen hatten sich auch die anaërob und aërob angelegten Kulturen aus der Unterarmphlegmone der Wöchnerin teils als Staphylokokken, in der Hauptsache aber als malignes Oedem, entwickelt.

Aus den Abscedierungen, welche bei der Sektion des verunglückten Kollegen V. in den Unterarmmuskeln gefunden worden waren, sind ebenfalls die Stäbchen des malignen Oedems als Reinkultur gezüchtet worden.

F. ist fest überzeugt und der ganze Hergang spricht dafür, daß er sich die Infektion an der gerade durch vieles Bürsten aufgescheuerten, durch trocknen rissig gewordenen Haut während der Operation zugezogen habe. Der Infektionsstoff blieb in einem geöffneten Haarbalg haften und war durch nachträgliches Abspülen mit Sublimat, und warmem Seifenwasser in den inzwischen vielleicht verschlossenen Poren nicht mehr abzutöten.

Digitized by Google

Der traurige Ausgang der ersten Operation spricht sehr für den Wert der Gummihandschuhe auch in der kleinen Chirurgie bei septischen oder auch luetischen Fällen. Jedenfalls ist das intensive Scheuern der eigenen Hände mit der Bürste oft schlecht angebracht, sowohl im Interesse der eigenen Person als auch der übrigen Patienten.

Sind keine Gummihandschuhe vorhanden, so empfiehlt es sich, während solcher Arbeit die Hände und Unterarme fortwährend mit 1 prom. Sublimatwasser feucht zu erhalten oder nach gründlicher Desinfektion mit antiseptischer Salbe einzufetten.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber hysterische Geistesstörungen. Von C. Fürstner, Straßburg. (Dtsche Kl.) In der Aetiologie der Psychosen spielen die Neurosen, vor allem Chorea, Epilepsie und Hysterie eine wichtige Rolle. Bei ersterer treten die komplicierenden psychischen Symptome als Melancholie und als Manie, meist jedoch als psychische Anomalien, als Labilität der Stimmung, krankhafte Launenhaftigkeit, Störungen der formalen Denktätigkeit in Gestalt von Zerstreutheit, Fahrigkeit oder als wechselnde Willensimpulse, krankhafte Vielgeschäftigkeit auf. Mit der Epilepsie stehen Psychosen von mehr oder weniger transitorischen Verlauf, dann krankhafte Züge des Seelenlebens, welche den „epileptischen Charakter" bilden, endlich ein allmählicher Rückgang der Intelligenz, sowie funktionelle Psychosen in engster Verbindung. Weitaus mannigfacher sind die Aeußerungen der Hysterie in dieser Beziehung. Wie die nervösen Symptome sind auch die Aenderungen des Seelenlebens bei ihr weit vielseitiger.

Neben den zahlreichen neurotischen Einzelsymptomen sind es zunächst an die Anfälle anknüpfende oder auch unabhängig von ihnen auftretende transitorische und bleibende Psychosen, oder auch psychische Eigentümlichkeiten, die man unter der Bezeichnung „hysterisches Temperament" zusammenfassen kann und auf dessen Boden sich im Verfolg typische Psychosen entwickeln können.

Den Grundton dieses hysterischen Temperamentes bildet die Labilität der Stimmung, die zuweilen in schroffem Gegensatz zur vorliegenden Situation und zu der Reaktion eines gesunden Menschen steht. Die Depression überwiegt, die Kranken sind moros, unzufrieden, klagsam, von einem

Digitized by Google

unmotivierten subjektiven Krankheitsgefühle beherrscht, wenn dasselbe sich auch nicht so anhaltend geltend macht, wie beim Hypochonder, vielmehr der Zuhörer und Zuschauer bedarf. Das Bestreben, die Umgebung für sich zu interessieren, wenn nötig, mit Hilfe von Schauergeschichten, Uebertreibungen und Täuschungen macht sich intensiv bemerkbar. Verstärkt wird die morose Stimmung durch die Meinung, die Umgebung würdige nicht genügend die Leiden der Kranken, durch die Unzufriedenheit mit den persönlichen Verhältnissen der Lebenslage, zumal die eigene Leistungsfähigkeit zumeist bedeutend überschätzt wird. Der Egoismus ist ausgeprägt. Selbst höchst empfindlich bereitet eine anderen zugefügte Kränkung eine gewisse Genugtuung. Erklärlicherweise kommt es bei solchen Kranken nicht selten zu Suicidversuchen, die aber auch wieder in ihrer Inszenierung, der Wahl der Mittel und dem Zeitpunkt der Ausführung den mangelnden Ernst und das Bestreben, Aufsehen zu erregen, deutlich erkennen lassen.

Die Neigung zum krankhaften Lügen, Aufschneiden, zur Produktion romanhafter Geschichten ist bei den Hysterischen so ausgesprochen und bei gewandter Dialektik und Erfindungsgabe so bestechend, daß sich daraus für die Umgebung die größten Unannehmlichkeiten entwickeln können, zumal es sich häufig um sexuelle Geschichten handelt. Dabei macht sich eine gewisse Schwäche des Erinnerungsvermögens insofern bemerkbar, als die Kranken nach mehrfachen Wiederholungen ihrer Anklagen nicht mehr im klaren darüber sind, welche Angaben den Tatsachen entsprechen, welche als Umgestaltungen oder freie Erfindungen anzusehen sind. Bei diesen krankhaften Lügereien macht sich auch das verhältnismäßig tiefe Niveau der ethischen Empfindungen fühlbar, das oft, wie bei der typischen Moral insanity, auf einem von Hause aus bestehenden Defekt beruht. Es empfiehlt sich demnach für die Praxis Genitaluntersuchungen bei Hysterischen nicht ohne Zeugen vorzunehmen.

Die sexuelle Erregbarkeit ist dabei in den meisten Fällen nicht einmal gesteigert, denn grade bei den weiblichen Hysterischen stellt sich die Geschlechtsreife oft verspätet ein und ein queriler Status des Genitalapparates besteht übermäßig lange fort und äußert sich in Störungen der Menstruation.

Die Intelligenz der Hysterischen ist im Gegensatze zu der Epilepsie weit weniger gefährdet durch die Anfälle. Gedächtnis und Urteil können — abgesehen von der oben erwähnten partiellen Insufficienz — vollkommen intakt bleiben. Zwangsvorstellungen dagegen belästigen häufig den

Digitized by Google

Kranken in hohem Grade und beeinträchtigen Wille und Handeln, so daß oft ein unvermittelter Wechsel zwischen Schwäche und energischer Kraftleistung auffällt, welche letztere sich z. B. gern in strengen religiösen Uebungen, Krankenpflege äußert. Unter dieser Unbeständigkeit, welche natürlich auch häufigen Wechsel der Aerzte, der Medikamente, der Kurmethoden mit sich bringt und andererseits die Kranken den Wunderkuren und Kurpfuschern in die Hände treibt, leiden selbstredend die therapeutischen Bestrebungen sehr.

Unter den Psychosen, denen Hysterische anheimfallen können, sind, obgleich wohl alle Formen der funktionellen Geistesstörung auftreten können, vorzugsweise zwei Gruppen anzutreffen, Geistesstörungen, die neben den Symptomen der Neurose auftreten und zweitens solche, die in direkter Beziehung zu den Anfällen stehen.

In der ersten Gruppe herrschen Hypochondrie, Melancholie und Paranoia vor, für die ja im hysterischen Temperament der Boden vorbereitet ist. Die Melancholie, welche als simplex oder agitata, spontan oder nach Gemütserregungen, Menses, im Klimakterium auftritt, unterscheidet sich von der gewöhnlichen durch das plötzliche Umschlagen der Stimmungslage, durch die große Anzahl und die oben geschilderte charakteristisch hysterische Art der Suicidversuche, sowie durch das Vorherrschen der Wahnideen religiös sexuellen Inhalts. Je nach dem Anteil der Neurose und Psychose an dem Krankheitsbilde spricht man von Hysteromelancholie und Melancholie mit hysterischen Zügen.

Die Paranoia entwickelt sich aus hypochondrischen Wahnideen oder aus der Empfindung, benachteiligt, nicht genügend anerkannt zu werden; ihr Weiterausbau wird durch Sinnestäuschungen gefördert. Wahnideen mit religiöser Färbung oder solche, in denen das sexuelle und religiöse Element gleichzeitig zum Ausdruck kommt, (geschlechtliche Beziehungen zu Christus, zum heiligen Geist) prävalieren. Ebenso wie die mündlichen und schriftlichen Aeußerungen derartiger Kranken ein eigentümliches Gemisch von Krankheit und ethischer Degeneration aufweisen, so sind auch die Handlungen derselben bald auf Wahnideen und Sinnestäuschungen, bald jedoch auf moralisch schlechte Impulse zurückzuführen. Natürlich bieten solche Kranke, wenn sie vor das Forum gelangen, keine leichten Objekte für die ärztliche Behandlung und Begutachtung.

Die zweite wichtige Gruppe von geistigen Störungen bei der Hyssterie steht in direktem Zusammenhang mit den

Digitized by Google

Anfällen. Wie die Trennung von Epilepsie und Hysterie bezüglich des Insultes ungemein schwierig ist, so daß eine nicht geringe Anzahl Anfälle als hystero-epileptische bezeichnet werden müssen, ebenso ist vielfach die Uebereinstimmung zwischen den postepileptischen und postparoxysmalen Psychosen der Hysterie so groß, daß eine Differential-Diagnose ohne Kenntnis der Anamnese kaum möglich ist. Eine derartige Aehnlichkeit liegt z. B. in den stuporösen Zuständen nach epileptischen und denen nach hysterischem Insult vor. Eine dem epileptischen grand mal intellectuel entsprechende transitorische Psychose gibt sich bei der Hysterie durch Trübung des Sensoriums, massenhafte Sinnestäuschungen, Delirien, motorische Erregung kund, wonach sich gewöhnlich ein tiefer Schlafzustand mit ausgedehntem Erinnerungsdefekt beim Erwachen einstellt. Die charakteristischen Merkmale dieses hysterischen grand mal sind der religiöse Inhalt der Delirien und Sinnestäuschungen, die großen Schwankungen in der Bewußtseinsstörung, wobei neben Stunden bis Tagen getrübten Sensoriums solche der Lucidität vorkommen.

Bei jugendlichen Hysterischen beobachtet man ein der Moria ähnliches Krankheitsbild, dessen Symptome kindisch heitere Stimmung, albernes Wesen, Schwatzhaftigkeit bei gezierter Redeweise, Verbigeration, dabei motorische Erregung sich äußernd ini zwecklosem Umherlaufen, Grimassieren, Zerstörungsdrang, nd, zu denen als wichtigstes auch hier Bewußtseinsstörung ritt.

Ob auch bei der Hysterie transitorische Psychosen als Ersatz der Anfälle, als psychische Aequivalente, vorkommen, ist noch nicht genügend geklärt. Nach F., der die Frage bejaht, decken sie sich symptomatologisch mit den Dämmerzuständen, die bei Hysterischen mit und ohne Anfälle meist zur Menstruationszeit auftreten können.

Was schließlich die Anwendung des § 51, die Frage der Zurechnungsfähigkeit betrifft, so wird oft genug schon das Bestehen des hysterischen Temperamentes Zweifel an der vollständigen Zurechnungsfähigkeit berechtigt erscheinen lassen und eine strikte Trennung zwischen strafbarer und nicht strafbarer Handlnng bei Hysterischen kaum durchführbar sein. Auch in zivilrechtlicher Beziehung wird die Begutachtung oft Schwierigkeiten machen, besonders bezüglich der Ehescheidung; es wird in manchen Fällen kaum gelingen, den Richter zu überzeugen, daß die geistige Gemeinschaft durch die Störung, welche erhebliche Remissionen zeigen kann, dauernd aufgehoben wird. Die Entmündigung, die in vielen Fällen gerechtfertigt wäre, wird erschwert

Digitized by Google

einmal wieder durch die Remissionen und dann durch die Fähigkeit der Kranken zu dissimulieren, zu einer Pflegschaft wird der Kranke natürlich seine Einwilligung nicht geben.

Die Prognose der hysterischen Seelenstörungen ist um so ungünstiger, in je frühnerem Alter die Neurose und mit ihr die Psychose sich entwickelte. Der Verlauf ist stets ein äußerst protrahierter und durch vielfache Exacerbationen und Remissionen charakterisiert.

Die Behandlung ist im Grunde dieselbe wie die der reinen Psychosen, jedenfalls ist die frühzeitige Entfernung der Kranken aus der meist schädlich auf sie wirkenden Umgebung geboten und wirkt oft überraschend günstig. In erster Linie also Unterbringung in einer Anstalt; stößt diese auf Schwierigkeiten, so ist wenigstens die möglichste Isolierung durchzusetzen. Die stürmischen Erscheinungen cessieren meist sofort. Unterstützend wirkt eine anteilnehmende, aber ruhig konsequente Erziehung, die Durchführung eines kräftigenden körperlichen und psychischen Regimes, verbunden mit zweckmäßiger Behandlung der nervösen Störungen. Spott oder moralische Entrüstung über alle die kleinen und großen, zweifellos krankhaften Eigenheiten und Unarten sind natürlich ganz und gar zu vermeiden und würden sich von vornherein den therapeutischen Bestrebungen in hohem Grade hindernd in den Weg stellen.

L.

Die Behandlung der Uterusmyome. Von Prof. Pfannenstiel. (Medicinische Gesellschaft zu Gießen, Sitzung vom 10. November 1903.) Indicationen für die Operation sind: 1. Die absolute Größe der Geschwulst, auch ohne daß wesentliche Beschwerden vorhanden sind. Ferner sind ohne Ansehung der Größe zu operieren: 2. Geschwülste, welche irgendwelche lebhafte Beschwerden hervorrufen, 3. die submucösen Myome mit Rücksicht auf die häufigen Blutungen, 4. tiefsitzende, excentrisch wachsende Myome, insbesondere die subvesicalen, wegen der eventuellen Compression der Urethra, und die seitlichen Tumoren wegen der Gefahr der Venenschädignng und ihre Folgen, 5. die gestielten subserösen Tumoren, wenn sie zu Stieltorsionen, Einklemmung u. s. w. neigen, 6. alle rasch wachsenden Geschwülste, schon wegen der Möglichkeit, daß sich Sarcome dahinter verstecken, 7. alle complicierten Fälle, sofern die Complication durch das Myom bedingt ist. Die Indicationen der Myomoperation sind im allgemeinen etwas weiter auszudehnen und die Myome frühzeitiger zu operieren, als bisher die Regel galt, weil die Gefahren der Operation sich verringert haben. Pf. berechnet etwa 50 pCt. Mortalität. Auf der anderen Seite wachsen die Schwierigkeiten der Operation bei

Digitized by Google

zu langem Warten und für die Patientinnen mehren sich die Beschwerden und Gefahren, welche die Myome verursachen (Druck auf die Nachbarorgane, starke Menstruationsblutungen mit ihrem schädlichen Einfluß auf den Kräftezustand, Necrosen durch Stieltorsion oder Einklemmung u. s. w.). Mit spontaner Schrumpfung im Klimacterium ist durchaus nicht regelmäßig zu rechnen, sehr häufig mit dem Gegenteil. Auf der anderen Seite soll natürlich nicht jedes einmal diagnosticierte Myom principell exstirpiert werden. Als Operationsmethode kommt im allgemeinen die conservative Erhaltung eines funktionsfähigen Uterus, nur in der Minderzahl der Fälle in Frage. Die Operationserfolge bezüglich der Beschwerden sind bei conservativem Vorgehen nicht immer sehr gute, und es ist zu berücksichtigen, wie wenige der Myompatientinnen noch im conceptionsfähigen Alter stehen und wie häufig bei jüngeren Frauen der Myomuterus selbst nicht gesund ist, zu Abort und Störungen der Placentarinsertion mit ihren Folgen neigt. In der Regel ist also die Mitwegnahme des Uteruskörpers (auf abdominalem Wege) oder die Totalexstirpation (vaginal) angezeigt. Wichtig ist dagegen die Erhaltung der Ovarien. Ob man abdominal oder vaginal operiert, hängt vom einzelnen Fall ab.

Verschiedenes.

Eumydrin ist ein Atropinderivat, welches durch Umwandlung der tertiären Base des Atropins in eine quaternäre gewonnen wird. Das Atropin soll auf diese Weise seine Wirkungen auf das Zentralnervensystem vollständig verlieren, während die peripheren Wirkungen erhalten bleiben. Seine Giftigkeit soll fünfzigmal geringer sein, als die des Atropins. Es ist ein weißes geruchloses Pulver, welches in Wasser leicht löslich ist. Bei ein- und zweiprozentigen Lösungen beginnt die Mydriasis nach 10—25 Minuten und erreicht nach 50 Minuten ihren Höhepunkt, bei fünf- bis zehnprozentigen Lösungen entsprechend schneller Intoxikationserscheinungen werden nicht beobachtet. — (Berl. klin. Wochenschr. No. 47, 1903.)

Zur Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum. (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges No. 43, 1903) Urbahn-Köln empfiehlt anstatt der Crédéschen Einträufelungen „Protargol-Bäder" mit einer Lösung von 5%. Ohne die Lider auseinander zu halten, träufelt man in den inneren Augenwinkel so viel, wie die Bucht fassen kann. Man tut gut daran, den Kopf ganz zurück- und etwas auf die

Digitized by Google

Seite zu neigen. Oeffnet man jetzt die Lidspalte (Kopf auf die entgegengesetzte Seite neigen!), dringt die Lösung in die Lidspalte ein und kann durch leichte Bewegung über den ganzen Conjunctivalsack hin verteilt werden. Lidränder und Cilien werden dann auch protargolisiert. Das Auge verträgt die 5% Lösung gut. Durch länger dauernde Einwirkung (mehrere Minuten lang) wird eine bessere Wirkung gewährleistet, ohne daß Schädigungen des Auges eintreten.

Ein altes Verfahren beim Kochen von Harn etc., welches, wie es scheint, sich nicht gebührend allgemeiner Bekanntschaft erfreut: Fülle das Reagenzglas bis über die Mitte, fasse es nicht am oberen Rande, sondern an der unteren Kuppe und halte es schräg über die Flamme, so daß nur der obere Teil ins Sieden gerät. (Selbstverständlich darf das Glas nicht in eine Kerzenflamme gehalten werden, weil es dann rußt.) Das Kochen erfolgt unter weit geringeren Stößen, als wenn die Kuppe erhitzt wird, und die Finger werden der Hitze nicht ausgesetzt. Das wichtigste ist aber, daß man die geringste Veränderung leicht erkennen kann, weil unter der gekochten Flüssigkeit sich ungekochte zum Vergleich befindet. Das Verfahren ist überall leicht ausführbar und steht z. B. unter den Eiweißproben an Schärfe kaum hinter der Salpetersäureprobe zurück.

Der 21. Congress für innere Medicin findet vom 18.—21. April 1904 in **Leipzig** statt unter dem Vorsitze des Herrn Merkel (Nürnberg).

Am ersten Sitzungstage, Montag, den 18. April 1904, werden die Herren Marchan (Leipzig) und Romberg (Marburg): **Ueber die Arteriosclerose** referieren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Secretär des Congresses, Herr Geheimerat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13, entgegen.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 2 XLIV. Jahrgang. 25. Febr. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Leichte gefahrlose Entbindung und normales Wochenbett; Originalartikel von Dr. Kühner, Coburg. — Ueber die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen. — Ueber Wanderniere. Ueber den künstlichen Blutersatz — Die Behandlung des Panaritiums. Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt. — Prophylaxe und Therapie der Magen-Darmkrankheiten des Säuglingsalters. — Ueber Vaginal-Zyminstäbchen.

Leichte gefahrlose Entbindung und normales Wochenbett.

(Originalbeitrag von Dr. A. Kühner, Coburg).

Die Geschichte der Medizin bezeugt, daß zu allen Zeiten das Tun und Lassen der Aerzte im allgemeinen abhängig gewesen ist von den pathologischen, in unserem Jahrhundert insbesondere von den bakteriologischen Vordersätzen der zeitweiligen Schule, ihren ephemeren Theorieen und Hypothesen, anstatt sich auf schlichte Beobachtungen der Natur und der Lebenserscheinungen des Menschen im gesunden und kranken Zustand, auf einfache Erfahrungen zu stützen und diese von Fall zu Fall zu verwerten. Der Kliniker lehrt vieles, was der Praktiker nicht verwertet und dieser, wenn er hinaustritt in das große Feld der Medizin, muß sich oft einen Weg erst suchen, welcher nach den Zielen hinleitet. Ein Feld, das die Klinik gar nicht kultiviert, ist die Hygiene der Frau, insbesondere der Schwangerschaft. Wo soll die Klinik dieses lehren, denn in diese kommen erst Frauen nahe vor der Geburt.

Auch in Bezug auf das Wochenbett, muß der Arzt erst vieles erlernen in der Praxis und manche bakteriologische Einseitigkeiten ablegen, welche nicht fördern. Eine Betrachtung über eine leichte gefahrlose Entbindung und normales Wochenbett wird daher ungemein viel nutzbares für den Praktiker erbringen. Beginnen wir mit dem Ende vom Ablauf der Schwangerschaft, dem Wochenbett.

Digitized by Google

Vor etwa zwanzig Jahren lernte ich ein eigenartiges Verfahren kennen, um Erschwernisse, Gefahren, üble Zufälle, die leider nur zu häufig in der Nachgeburtsperiode vorkommen, ferne zu halten. Dieses Verfahren besteht in der Anwendung des kalten Sitzbades bei Neuentbundenen nach Med. Rat Dr. Pingler. Dieser große Wasserarzt, der mehr als mancher Laie einen Ehrenplatz verdient in den Annalen der Geschichte der Hydrotherapie, hat auf meine Veranlassung jenes Verfahren veröffentlicht in den damals im I. Jahrgang erscheinenden Blättern für klinische Hydrotherapie u. s. w. von Winternitz, so daß ich mich, da ich hier nur original schreibe, auf die Wiedergabe jener Abhandlung[1]) in gedrängtester Kürze beschränken muss.[2])

Pingler läßt wie in jener Abhandlung beschrieben, seit 40 Jahren (!) jede Wöchnerin bald nach Ausstoßung der Frucht in ein Sitzbad von 8 bis 10° R. bringen, Kreuz und Unterleib kräftig reiben, sowie die Schoß- nnd Lendengegend wiederholt mit Wasser von gleicher Temperatur douchen. Vorausgesetzt werden muß, daß bei Vornahme des Sitzbades die Wöchnerin eine normale, die Reaktion[3]) gestattende Bettung besitze, daß sie vor allem nicht auf Stroh gelagert sei, ferner daß die Hebamme oder eine andere Person sich mit der nur geringe Anstrengung verlangenden Beförderung der Reaktion befassen kann. Es genügt, daß die Hebamme die Hand so unter die Bettdecke — bei abgehaltenem Luftzutritt — führe, daß sie Hüften, Ober- und Unterschenkel frottieren kann. Sind zwei Personen zur Hand, so genügen gewöhnlich 5 bis 10 Minnten zur Herstellung ausgiebiger Reaktion. Ist aber in einem Zeitabschnitt von

---

[1]) Jahrgang I. Heft 5 [September 1891]. Bei dieser Gelegenheit versäume ich nicht, den Praktiker auf die ebenso originale, überall eigene Beobachtungen und Erfahrungen insbesondere als Dirigent der Wasserheilanstalt Königstein a. Taunus wiedergebende Schrift von Pingler über die Behandlung der Syphilis hinzuweisen. Berlin S. W. Hugo Steinitz Verlag, 3. Aufl. 1892, Mk. 3.

[2]) Zu meiner Befriedigung sehe ich, dass Dr. F. Prager in einer mir soeben vom Verleger gütigst zugegangenen Schrift: Wie das Wasser heilt! Ein Ratgeber zur Anwendung aller Wasserkuren in gesunden und kranken Tagen. Mit 65 Abbildungen. Leipzig, Th. Griebens Verlag [L. Fernau], das Verfahren von Pingler kurz beschrieben hat. Die Schrift ven Prager verdient volle Beachtung des Praktikers schon durch ihre Berücksichtigung des Gesetzes der Reizwirkung und lebendigen Gegenwirkung, jenes Fundamentalgesetzes, dessen Unkenntnis und Missachtung in der Praxis oft die größten Uebelstände nach sich zieht. Ich habe diese „Grundgesetze der Therapie" ausführlich erörtert in einer vor kurzem erschienenen Schrift: Die wahre neue Heilkunde. Vorschläge zu ihrer Begründung. Es ist nicht meine Schuld, daß diese Veröffentlichung nicht die weitetste Verbreitung gefunden hat.

[3]) Man vergl. die in voriger Fußnote beregte Bemerkung.

Digitized by Google

10 bis 30 Minuten diese Absicht erreicht, so liegt nicht der geringste Grund vor für die Befürchtung, daß die Wöchnerin erkranken würde, am allerwenigsten dann, wenn bei diesem Reaktionsverfahren darauf Bedacht genommen wird, daß die Hautwärme und damit die Blutverteilung eine gleichmäßige sei.

So viel steht fest, dass das kalte Sitzbad bei Wöchnerinen in unzähligen Fällen Blutungen verhindert, die manuelle Lösung der mehr oder minder fest verklebten Nachgeburt überflüssig macht, Anämie und Septicämie verhütet. Die Abspannung und Ermattung, die sich fast nach jeder Entbindung herausstellt, verschwindet sofort. Die meisten Frauen schildern die belebende Wirkung der kurzen Operation in der Weise, daß sie sagen: „Mir ist, als hätte ich überhaupt nicht geboren". Anfangs, sagt Pingler, bestimmten mich Blutungen zur Vornahme des Sitzbades, dann die zögernde Austreibung der Nachgeburt, überhaupt Atonie der Gebärmutter; dann ließ ich dasselbe bei blutarmen und schwächlichen Personen auch in prophylaktischer Weise anwenden und zuletzt empfahl ich den Hebammen, es in keinem Falle zu unterlassen. Die Sterblichkeitsverhältnisse bei diesem Verfahren im Vergleich zu anderen Statistiken sind die günstigsten. Beide Hebammen zusammen in Königstein haben 2000 Frauen entbunden, fast ausnahmlos unter Anwendung des kalten Sitzbades, ohne eine einzige Wöchnerin durch den Tod zu verlieren, obgleich nicht wenige durch vorausgegangene Eingriffe (Wendung, Perforation u. s. f) sehr erschöpft waren. Ich füge inbezug auf die rechtliche Verantwortung hinzu: Wäre die erste der Wöchnerinnen, bei welcher Pingler das Verfahren angewendet, gestorben, so lag die Gefahr nahe, daß derselbe wegen fahrlässiger Tötung in den Anklagestand versetzt und — die Literatur erbringt genugsam tatsächliche Beweise — verurteilt worden. Interessenten verweisen wir auf jene Originalarbeit und wenden uns, nachdem wir das Finale der Konception, das normale Wochenbett, genügend gewürdigt, zu der Besprechung der Vorakte, der Hygiene der Schwangerschaft, um durch geeignetes Verhalten während dieses Zeitraumes die Forderung zu erfüllen: Wie schafft man eine leichte, gefahrlose Entbindung?

Das Bibelwort lautet: „Mit Schmerzen sollst Du Kinder gebären!" Bei Natur- sowie Kulturvölkern, gibt es ungemein große Unterschiede in Bezug auf Gefahren und Schmerzen der Entbindung bis herab zu dem Ideal einer leichten gefahrlosen Entbindung.[1]) Was zunächst die Naturvölker be-

[1]) Wir erwähnen aus der massenhaften Literatur, die über diese Fragen vielfach in medizinischen Werken zerstreut liegt: Die schmerz-

Digitized by Google

trifft, so werden in Reiseberichten Beispiele erwähnt von der wunderbaren Leichtigkeit, Schnelligkeit, Schmerzlosigkeit, mit welcher Frauen unzivilisirter Völker ohne Beeinträchtigung an Zeit, Kräften, Energie Kinder gebären. Tuke, ein berühmter englischer Geburtshelfer sagt: Die Geburtsnot an sich unterbricht nach dem allgemeinen Zeugnis von Reisenden die gesunde Tätigkeit des Körpers und Geistes bei wilden Nationen weit weniger und für eine kürzere Zeit, als bei den üppigen Töchtern des künstlichen Lebens. Dewes ebenfalls eine der ersten geburtshilflichen Autoritäten, bezeichnet in einer seiner Schriften Entbindungsschmerzen als ein krampfhaftes Symptom, hervorgerufen durch verkehrte Lebensweise. Huxley sagt: Wir sind in der Tat sehr geneigt, zu glauben, daß das Gebären der Kinder für die zivilisierten Frauen ebenso gefahrlos und frei von schwächenden Folgen werden kann, wie für die Wilden. Ist es denn, fragt Zenker, zu allen Zeiten so gewesen, daß die Frauen zu schwach waren, einen Vorgang, zu dessen Vollführung sie die Natur bestimmt hat, nicht allein beenden zu können? Gewiß nicht! Es ist die falsche Lebensweise, das Abweichen von den Regeln der Natur, Verkehrtheiten, die durch die ganzen Geschlechter hindurchgreifen und schließlich in der allgemeinen Schwäche des Organismus zum Ausdruck gelangen. Je zahlreicher die Verstösse, um so ernster die Gefahren, welche einen ganz naturgemässen Vorgang umgeben.

Was zunächst die Diätetik betrifft, so steht fest, daß für schwangere Frauen die Fruchtdiät, verbunden mit Milch und vegetabilischer Nahrung unter Zugabe magerer Fleischkost entschieden die günstigsten Aussichten bietet für eine leichte, gefahrlose Entbindung. Ich kann hier keine eingehende Diätetik schreiben, sondern muss auf die Ausführungen von Lahmann und Kleffner verweisen. Letzterer bezieht sich auf den englischen Chemiker Rowbotham, dessen Frau mehrere sehr schwere Wochenbette durchgemacht hatte, so daß, da bei weiteren Geburten für ihr Leben zu fürchten war, Mittel und Wege ersonnen wurden, die nächste Geburt zu erleichtern. Von der Voraussetzung

---

lose Entbindung. Verhaltungsmassregeln zur Vermeidung der Schmerzen und Gefahren der Niederkunft. Von Prof. Dr M. Collins. Deutsche Ausgabe. Leipzig. Th. Grieben's Verlag (L. Fernau) M. 1.20, ferner ein uns in einem Recensionsexemplar zugegangenes Schriftchen von Dr. Kleffner, Arzt in Kiel, die leichte und schmerzlose Entbindung 3. Aufl. Selbstverlag. M. 1.50. Was die für Schwangern geeignete Diätetik betrifft, so finden Interessenten vieles hierher gehörige bei Lahmann, Dr. H. Die diätetische Blutentmischung [Dysämie] als Grundursache aller Krankheiten. Ein Beitrag zur Lehre von der Krankheitsdisposition und Krankheitsverhütung. 2. Aufl. Verlag von Otto Spamer in Leipzig Mk. 1.80.

Digitized by Google

ausgehend, daß die Schmerzen bei der Entbindung in zu voluminösen, zu grob- und hartknochigen Kindern ihre Begründung finden, gelangt er zu der Ueberzeugung, daß je knorpeliger und elastischer die Frucht, desto gefahr-schmerzloser und leichter die Entbindung. Unser Bestreben muß also darauf hinausgehen, den Fötus in dieser Verfassung bis zur Geburt zu erhalten. Hierzu dient zunächst die Fruchtdiät. Ich verweise zu diesem Zweck nochmals auf die Diätzettel von Lahmann und Kleffner.

Der zweite Faktor für unsern Zweck ist eine geordnete Körperbewegung. Der übliche Rat: Machen Sie sich Bewegung! ist ganz unzureichend. Wir müssen der schwangeren Frau ein geregeltes System der Gymnastik entgegenbringen. Ganz in unserem Sinn sagt Thure Brandt: Frauen, die sich während der Schwangerschaft wenig bewegen, das Sitzen bevorzugen, haben schwere und starke Kinder, besonders mit großem Kopf, daneben nur wenig, meist nicht genügende Absonderung von Milch. Diese Erscheinung bedingt schwere Geburten, die operative Eingriffe notwendig machen. Auch das Kind ist bei solchem Zustand im Nachteil. Gewöhnlich mangelt es trotz seiner Stärke der notwendigen Lebensenergie und Nervenkraft, welcher Mangel durch das träge Verhalten der Mutter bedingt wird; ferner entbehrt es der mütterlichen Nahrung, die dem Säugling durch keine andere ersetzt werden kann. Wenn Thure Brandt daher neben täglicher Bewegung im Freien und im Hause auch die regelmässige Ausübung von Turnübungen empfiehlt, so halten wir diese Art der Körperbewegung, abgesehen davon, dass sie in ihrer Stärke schwer dosierbar, insoferne nicht geeignet, als sie zwar die Muskeln der Extremitäten, des Stammes ergreift, oft aber gerade die Bauch- und die mit ihr im Zusammenhang stehende Unterleibsmuskulatur unbetätigt läßt. Auch alle anderen bislang zur Erlangung einer leichten, gefahrlosen Entbindung empfohlenen mechanischen Maßnahmen, mögen sie aktive oder passive Bewegungen zum Ausgangspunkt nehmen, mit oder ohne Apparate wirken, sind äußerer Natur. Ich habe ein Verfahren angegeben und in dieser Zeitschrift zunächst zur Verhütung und Heilung der Gallensteinkrankheit[1]) beschrieben. Diese innere Unterleibsgymnastik, die pneumogastrische Therapie, ein Verfahren, das gegenüber allen anderen ganz unschädlich, indem eine bei ausreichender Uebung eintretendes Ermüdungsgefühl deren angemessene Grenze anzeigt, dreht den Hebel um dessen Unterstützungspunkt

[1]) Vgl. meinen Beitrag: Verhütung und Behandlung der Gallensteinkrankheit nach eigenem combinierten Verfahren. Novembernummer v. Js. Seitdem hat sich diese Methode in mehreren bereits für die Operation in Aussicht genommenen Fällen glänzend bewährt.

Digitized by Google

und enfaltet mächtige Wirkungen auch zur Sicherung einer leichten gefahrlosen Entbindung. Auch bei Collins findet sich eine Reihe recht zweckmässiger Uebungen angegeben, deren Ausführung als Beihilfe benutzt werden kann.

Daß im übrigen ein hygieniſches Verhalten der Schwangeren eine wirksame Beihilfe dieses prophylaktiſchen Verfahrens bildet, erhellt. Was zunächst die Kleidung[1]) betrifft, so ist der Leib der Mutter die Wohnung des Kindes, je freier und geräumiger diese, desto ſchöner und vollkommener kann es sich entwickeln. Darum entspreche die Kleidung der Mädchen und Frauen streng den hygieniſchen Anforderungen.

Von großer Wichtigkeit für die Hygiene der Schwangeren sind Waſchungen und Bäder. Dieselben haben einen doppelten Zweck, einmal als Reinigungsmittel der Haut, Förderung der Hautfunktion, ferner als Anregungsmittel von Nerven und Blutumlauf. Wenn Collins zu diesem Zweck kühle, selbst kalte Anwendungsformen des Wassers empfiehlt, so widerspricht ein solches Verfahren meinen Erfahrungen. Vollbäder, ebenso die mit Recht bei Schwangeren beliebten Sitzbäder sollen, wie bei nervösen, empfindlichen, ſchwachen, blutarmen Personen überhaupt, nur in aufsteigender Richtung (beginnend mit 28° R. 35° C) nach 15 bis 20 Minuten endend mit 30 bis 32° (38 bis 40° C) genommen werden. Ueberall soll die instinktive Eingebung, das Wohlbehagen, Wohlempfinden für die Temperatur entſcheiden. Alles kommt bei der rationellen Wasseranwendung an auf die inneren Zustände und die begleitenden äusseren Umstände unter denen sich der Organismus befindet. Wir wollen und können hier keine Anleitung zur Hydriatrie[2]) schreiben. Wir verweisen auf die bezügliche massenhafte, wenngleich zum Teil recht geringwertige Literatur. Ueberall heisst der Erfahrungssatz bei der Verwendung des Wassers zu prophylaktiſchen und therapeutiſchen Zwecken: Kleine Ursachen, große Wirkungen! Ich ſchließe mit der Wiedergabe einer Erfahrung, deren Würdigung für unseren Zweck von besonderer Bedeutung, so wenig sie auch in den Hand- und Lehrbüchern gewürdigt wird. Gesunde, selbst Erwachsene, noch mehr Schwächliche, Nervöse, Anämiſche, Kranke, vor allem auch Frauen unter den von uns inbetracht zu ziehenden besonderen Umständen vertragen kaltes oder kühles Wasser im Winter nicht so gut wie im Sommer. Waschwasser, welches uns im Sommer angenehm erfriſchend be-

[1]) Ich verweise in dieser Beziehung auf die ebenfalls in meinem vorigen Beitrag empfohlene Schrift: Reform der Frauenkleidung von Dr. med. O. Neustätter.

[2]) Gleichwie die Psychiatrie auch die Prophylaktik einschliessend.

Digitized by Google

rührt, erscheint uns im Winter mit derselben Temperatur kalt. Winter-Schwimmbassins mit gewärmten Wasser, welches in Rücksicht auf die Temperatur angenehmen Sommerbädern vollkommen gleich kommt, können in der strengen Jahreszeit, auch im Frühling nur mit Vorsicht benutzt werden, selbst wenn das Lokal entsprechend erwärmt ist. Nicht selten stellen sich nach dem Gebrauch solcher Bäder Erkältungskrankheiten ein, vielleicht ebenso oft durch den Gegensatz zwischen der Luft von innen und aussen, als durch das Bad selbst; aber dies kann doch wieder nur darauf zurückgeführt werden, daß uns das Bad empfindlicher gemacht hat, denn der Unterschied ist nicht größer, als der, dem wir uns jedesmal aussetzen, wenn wir winterlich angezogen das Zimmer verlassen und auf die Strasse hinausgehen. Man vergegenwärtige sich daher überall zur Sicherung einer leichten gefahrlosen Entbindung, um nicht Gefahren herbeizuführen: Kleine Ursachen, grosse Wirkungen!

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung berichtet Privatdozent Dr. W. Scholtz-Königsberg (Dtsch.-med. Wschr. 3/04). Bekanntlich wurde bald nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen von dem französischen Physiker Becquerel festgestellt, daß ähnliche Strahlen wie von der Röntgenröhre auch von verschiedenen Mineralien, vor allem von einigen in der Natur vorkommenden Uranverbindungen ausgesandt werden. Diese Strahlen wurden nach ihrem Entdecker „Becquerelstrahlen" genannt. Den Bemühungen des Ehepaares Curie gelang es dann, aus der Pechblende durch verschiedene Reinigungsprozesse und Umkristallisierungen eine Substanz zu gewinnen, welche eine unendlich viel stärkere Aktivität als die in der Natur vorkommenden Uranverbindungen besaß und Radium genannt wurde. Das beste Radium ist mehr als 10.000 mal stärker radioaktiv, als radioaktives metallisches Uran.

Ueber die chemische Natur des reinen Radiums oder Radiumelementes ist man sich noch wenig im klaren, und vor allem ist es noch immer rätselhaft, worauf die Energieentwickelung des Radiums beruht. Von dem Radium gehen ununterbrochen sehr wirksame Strahlen aus, und auch eine beträchtliche Wärmeentwickelung läßt sich nachweisen, aber trotzdem ist es bisher noch nicht gelungen, eine chemische Veränderung oder eine Gewichtsabnahme der Radiumpräpa-

Digitized by Google

rate festzustellen. Auch eine Abnahme der strahlenden Energie hat sich bei den Radiumpräparaten bis jetzt noch nicht nachweisen lassen, und selbst bei Weißglut sowie bei einer Temperatur von —252° C. und im flüssigen Zustande behält dasselbe sein Strahlungsvermögen ungeschwächt bei. Die von dem Radium ausgesandten Strahlen sind nun nicht homogen, sondern es lassen sich verschiedene Strahlengruppen nachweisen; einmal Strahlen, welche im magnetischen Felde abgelenkt und solche, welche nicht abgelenkt werden, und ferner Strahlen von geringem und Strahlen von hohem Durchdringungsvermögen.

Die physikalischen Wirkungen der Radiumstrahlen gleichen in vieler Hinsicht denjenigen der Röntgenstrahlen und auch die physiologischen Wirkungen entsprechen in vielen Punkten denjenigen der Röntgenstrahlen. Speziell die Wirkung der Radiumstrahlen auf die Haut ist von allen Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben (Giesel, Halkin u. a.) als sehr ähnlich oder als identisch mit dem Einfluß der Röntgenbestrahlungen bezeichnet worden.

Die von Sch. in dieser Richtung vorgenommenen Versuche wurden mit 25 mg Radiumbromid ausgeführt. Das Radiumpräparat befand sich in Form kleiner Körner in einer flachen Kautschukkapsel, welche nach außen durch eine dünne Glimmerplatte abgeschlossen war. Die Radiumstrahlen mußten also erst die Glimmerplatte passieren, ehe sie zur Wirkung gelangen konnten. Die Versuche an der Haut von Tieren und Menschen wurden gewöhnlich in der Weise angestellt, daß die Kapsel mittelst eines Heftpflasterstreifens direkt auf der Haut fixiert wurde.

Nach schwachen Radiumsbestrahlungen (4—5 Minuten) tritt ganz wie nach Röntgenbestrahlungen im Laufe der zweiten bis dritten Woche an behaarten Körperstellen Haarausfall auf, bei stärkeren Bestrahlungen (10—15 Minuten) entwickeln sich nach gleicher Zeit eine lebhafte Hautentzündung, Blasenbildung und Exkoriationen, und bei noch intensiverer Einwirkung (20—30 Minuten) kommt es im Laufe der dritten bis vierten Woche zu mehr oder weniger tief ins subkutane Bindegewebe reichenden Ulzerationen. Im Unterschied von Röntgenstrahlen, welche erst nach 14 Tagen die Wirkung äußern, tritt auch bei nur kurzdauernden Bestrahlungen von 3—5 Minuten stets nach zirka 20 Stunden ein ziemlich intensives Erythem auf.

Auch hinsichtlich ihrer recht bedeutenden bakteriziden Wirkung unterscheiden sich die Radiumstrahlen erheblich von den Röntgenstrahlen, bei denen nach den Untersuchungen der meisten Autoren eine bakterizide Wirkung entweder überhaupt nicht oder nur in sehr geringem Grade besteht.

Bei einer Entfernung des Radiums von der beimpften

Digitized by Google

Agarschicht von cr. 2 mm erhielt Sch. bei Typhusbazillen nach einer Bestrahlung von cr. drei Stunden vollständige Abtötung; bei gleicher Entfernung nach Dazwischenschaltung eines Kaninchenohres in cr. 6—10 Stunden. Also auch die bakteriziden Strahlen werden von dünnen Gewebsschichten durchaus nicht vollständig absorbiert, und sie werden demnach auch ihre Wirkung in die Tiefe der Gewebe entfalten können.

Aschkinass gab an, daß die bakteriziden Strahlen ganz außerordentlich stark absorbiert würden, so daß er positive Resultate nur dann erhielt, wenn er das Radium von jeder Hülle befreit, ganz dicht an die besäte Platte heranbrachte. Befand sich das Radium in einer verschlossenen Kapsel, so erhielt er absolut negative Resultate. Selbst eine Aluminiumplatte von nur 0,001 mm Dicke vermochte in den Versuchen von Aschkinass die bakteriziden Strahlen vollständig zu absorbieren. Die Differenz ist nur mit der verschiedenen Art der einzelnen Radiumpräparate zu erklären. Zwischen dem Radiumpräparat von Aschkinass und dem von Scholtz müßen vermutlich qualitive oder mindestens sehr erhebliche quantitative Differenzen bestehen. Große therapeutische Hoffnungen wird man freilich trotzdem nicht auf die bakterizide Wirkung des Radiums setzen können, denn man kann ja das Radium nur cr. 1/4 Stunde auf die Haut wirken lassen, wenn man Ulzerationen vermeiden will. Immerhin erscheint es nicht ausgeschlossen, daß bei chronischen Infektionskrankheiten der Haut, speziell tuberkulösen Affektionen bei längerer Zeit hindurch, wöchentlich etwa einmal, wiederholter Bestrahlung von cr. 10 Minuten auch eine bakterizide oder entwicklungshemmende Wirkung der Radiumstrahlen zustande kommen kann. Das wesentliche der Radiumwirkung wird aber wohl ebenso, wie bei der Licht- und Röntgenbehandlung in dem Einfiuße auf die Gefäße und Zellen zu suchen sein.

Therapeutisch hat S. das Radium bei verschiedenen Dermatosen angewandt, besonders wirksam erwiesen sich die Radiumsstrahlen dabei bei Lupus und Karzinomen der Haut.

Interessant ist die Mitteilung zweier Fälle von Hautkarzinomen. Bei beiden wurde die Diagnose durch vorherige Probeexzision gesichert. Beide Patienten hatten eine Operation refüsiert.

Der eine, ein 86jähriger Herr, mit einem cr. zehnpfennigstückgroßen, im Zentrum ulzerierten Karzinom der Wange, kann klinisch als geheilt betrachtet werden. Es handelte sich in diesem Falle um ein relativ schnell fortschreitendes Hautkarzinom; wenigstens bestand es nach Angabe des Patienten erst wenige Monate und hatte sich

Digitized by Google

innerhalb der letzten fünf Wochen deutlich vergrößert. Behandlung mit verschiedenen Salben hatte keinerlei Einfluß gehabt. Der Verlauf war dabei folgender: Es wurde mit Bestrahlungen von 10—15 Minuten Dauer begonnen und die Expositionszeit dann allmählich auf fünf, vier, drei und schließlich zwei Minuten verringert. Anfänglich wurde täglich, dann jeden zweiten, dritten und schließlich nur noch jeden fünften Tag eine Bestrahlung vorgenommen. Unter den Bestrahlungen trat zunächst eine ziemlich intensive Rötung auf, und die Ulzeration im Zentrum nahm noch zu, dann erweichte sich die erkrankte Stelle, speziell der harte Wall, und das Karzinomgewebe schien gewissermaßen fortzuschmelzen, ohne daß es dabei zur Ulzeration kam. Nach cr. fünf Wochen wurde mit den Bestrahlungen sistiert, und nun ging die Entzündung allmählich zurück, das Ulkus überhäutete sich, und es blieb eine weißliche, absolut weiche, glatte, kaum sichtbare, nur im Zentrum leicht narbige Stelle zurück. Ueber ähnliche günstige Erfolge bei bösartigen Neubildungen der Haut ist von Macintyre, Exner, Neisser und anderen berichtet worden.

Der zweite Patient hatte ein fast gleichgroßes, ebenfalls oberflächlich ulzeriertes Karzinom der Oberlippe. Mikroskopisch hat S. vor zwei Monaten im Zentrum auch hier kein Karzinomgewebe mehr nachweisen können; klinisch war noch einige Wochen lang eine leichte Verhärtung fühlbar, welche jetzt jedoch auch geschwunden ist.

Wenn also die Wirkungen der Radiumstrahlen auf die Haut zwar in hohem Maße denjenigen der Röntgenstrahlen gleichen, in manchen Punkten aber auch dem Einfluß des konzentrierten Lichtes ähneln, so ist die erhebliche Tiefenwirkung ein Vorteil vor den anderen Methoden. Dazu kommt die leichte und bequeme Applikation des Radiums und die Möglichkeit, das Radium in verschiedener Weise und verschiedenen Formen anzuwenden. Zunächst läßt sich das Radium, in geeignete Behälter gebracht, sehr leicht im Munde und Rachen, in der Nase und im Kehlkopf, in der Vagina u. s. w. applizieren, ferner kann man kleine Partikelchen des Radiums, wie dies bereits von verschiedener Seite, besonders von Dr. Caspari in Berlin, vorgeschlagen worden ist, in das Innere von Tumoren bringen, besonders wenn dieselben tief unter der Haut oder im Innern des Körpers gelegen sind, und schließlich kann man in die Kiefer- und Stirnhöhle, in Gelenke etc. kleine Partikel des Radiums oder Lösungen desselben einbringen und das Radium auf diese Weise wirken lassen. Man wird hierbei allerdings vorsichtig vorgehen und natürlich erst entsprechende Tierversuche vornehmen müssen.

Digitized by Google

II. Medicin.

Ueber Wanderniere. Von F. Hirſchfeld-Berlin. (Dtſche. Klinik.) Die Senkung oder Verlagerung der Nieren iſt ſchon bei Kindern nachgewiesen worden, sogar bei einem Säugling, sie kann also — allerdings in seltenen Fällen — angeboren sein. Meist entwickelt sie sich aber in späterem Alter, und zwar am meisten im Alter zwiſchen dem 30. und 40. Lebensjahr. Die rechte Niere findet sich 7—8 mal öfter verlagert als die linke und hat im allgemeinen eine größere Beweglichkeit (die linke hat straffere Verbindung mit dem Colon, dem Pancreas und der Milz.)

Schon unter physiologiſchen Verhältnissen steigen die Nieren bei jeder Inspiration herab, bei jeder Exspiration hinauf. Ursache für die abnorme Beweglichkeit bildet zunächst angeborene Anlage und zwar eine Abflachung der Niſche der hinteren Bauchwand vor und neben den Querfortsätzen des XII. Brust- bis III. Lendenwirbels, in der die Niere normalerweise gebettet ist. Ferner Scoliose der Wirbelsäule, Lockerung des Bandapparates, an dem die Nieren befestigt sind, ſchlaffe Bauchdecken, wie sie durch starkes Schnüren, durch wiederholte Schwangerschaften erzeugt werden, plötzliche oder allmälige Druckverminderung im Bauchraum, wie sie nach Exstirpation von Geſchwülsten derselben oder erheblichem Fettſchwund eintreten kann. Auch Drucksteigerungen im Brustraum, wodurch das Zwerchfell herabgedrückt wird, z. B. bei Asthma und Emphysem der Lunge, Erſchütterungen des Bauches durch starke Hustenstöße, Lachen, Pressen bei erſchwertem Stuhlgang oder Lastenheben (traumatiſche Wanderniere) können hierbei in Betracht kommen.

Erſcheinungen der Wanderniere können ganz fehlen. In anderen Fällen wird über Kollern und Herumgleiten eines ſchweren Gegenstandes im Leib geklagt. Am häufigsten machen sich Beſchwerden von Seiten des Magens bemerkbar, meist eines chroniſchen Magenkatarrhs mit Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Magendruck, seltener Erbrechen. Nach Muskelanstrengungen findet charakteriſtiſcherweise eine Steigerung der Beſchwerden statt, während sie in der Ruhe sich bessern. Infolge der Schwäche der Bauchdecken, der Knickung des Colons etc. besteht Stuhlverstopfung.

Beſchwerden von Seiten der Nieren treten verhältnismäßig selten auf, weil Zerrungen und Abknickungen der Harnleiter seltene Zufälle sind. Auch Albuminurie und Hämaturie sind nicht häufig.

Der Nachweis der Wanderniere ist in manchen Fällen sehr leicht. Schon bei oberflächlicher Palpation fühlt man einen im Leibe hin- und herſchlüpfenden oder an irgend

Digitized by Google

einer Stelle fixierten Körper von der Größe und Consistenz der Niere. Um die oft starke Spannung der Bauchdecken aufzuheben, empfiehlt es sich, die Beine anziehen, abducieren und nach außen rotieren zu lassen und event. einen feucht-warmen Umschlag auf den Leib zu legen. Bei bimanueller Untersuchung tastet die eine Hand auf dem Rücken in der Höhe der XI. und XII. Rippe, während die andere langsam von der Bauchseite eindringt. Unterstützend für die Diagnose ist der Befund eines Hängebauches oder doch schlaffer Bauchdecken, bestehender Blutarmut, Nervosität oder Hysterie, der Nachweis einer Kyphoskoliose. Schließlich ist auch durch Lageveränderungen der Person die Verschieblichkeit des beweglichen Körpers zu prüfen. Entscheidend bleibt nach Israel allein der Nachweis, daß die Nieren sich nicht an ihrem normalen Platze befinden, da sonst schon ein abgeschnürter rechter Leberlappen, carcinöse und tuberkulöse Tumoren des Colon arcendeus, der Flexura coli, Carcinome des Pylorus, langgestielte kleine Ovarialtumoren oder vergrößerte Gallenblasen für Wandernieren gehalten worden sind.

Zur Unterscheidung der Wanderniere von der selteneren Wandermilz ist zu beachten, daß letztere häufig an ihrem vorderen Rande eine oder mehrere Einkerbungen hat, die bei der Niere fehlen. Die Behandlung muß sich in den meisten Fällen darauf beschränken, durch Anlegung einer passenden Binde die Ausbildung des Hängebauches, resp. dessen weitere Vergrößerung zu verhindern. Wird ein besonders angefertigtes Korsett nicht vertragen, so verwende man drei handbreite Heftpflasterstreifen. Der eine kommt circulär um den Bauch parallel der Crista ossis ilii zu liegen, die beiden anderen ziehen vom Poupart'schen Bande schräg nach aufwärts und rückwärts bis zur Wirbelsäule. Daneben ist für reichliche Ernährung und Körperruhe zu sorgen.

Die häufige Erfolglosigkeit dieser Bestrebungen führt schließlich in vielen Fällen zu dem sichersten Verfahren, der Annähung (Nephroraphie) nach Hahn. Die Niere wird durch Schnit in die Lendengegend freigelegt, von der Fettkapsel teilweise entblößt und durch einige die Capsula propria und die Substanz der Niere durchsetzende Nähte an die Rückenmuskulatur angeheftet. Die Operation ergiebt 50—60% Heilungen.

Dr. Schmitz, Brunnenarzt zu Wildungen, hat auf der letzten Naturforscherversammlung in Cassel auch dies Thema behandelt und einen besonderen Heftpflasterverband zum Zurückhalten der vorgefallenen Niere beschrieben.

Herausgeber dieser Zeitschrift hat vor 33 Jahren seine Doktor-Dissertation über die „Wanderniere" und ihre Beziehungen zur Hysterie geschrieben.

Digitized by Google

Demnach scheint diese häufiger vorkommende Erkrankung in Vergessenheit geraten zu sein, und in der neuesten Zeit wieder in den Vordergrund des Interesses zu treten.

Die Frage des **künstlichen Blutersatzes** hat H. Küttner durch zahlreiche Experimente behandelt. In großen und ganzen kam er zu denselben Ergebnissen, wie frühere Untersucher. Seine Erfahrungen waren folgende: der verblutete Mensch ist durch die rechtzeitige Transfusion. menschlichen Blutes, aber auch nur durch diese, vom Tode zu erretten. Dem gegenüber steht die Schwierigkeit der Blutbeschaffung und die Gefahren der Transfusion. Die physiologische Kochsalzlösung kann nur bei nicht unbedingt tötlichen Haemorrhagien als Blutersatz gelten. Beim Kaninchen wirkt die Infusion stimulierend auf Zirkulation und Respiration, aber dieser bessere Zustand schwindet bald wieder, ohne daß ein tödlicher Ausgang einzutreten braucht. Eine Einigung über die Konzentration der Kochsalzlösung ist noch nicht erzielt, die Angaben schwanken zwischen 0,65 und 0,9 %; ein Unterschied in der Wirkung der einzelnen Lösungen war nicht zu erkennen. Die Kochsalzlösung wirkte als guter Bluterzatz bei Kaninchen, sobald der Blutverlust nicht über 3 % des Körpergewichtes betragen hatte. Die Locke sche Flüssigkeit (Chlorcalcium 0,02, Chlorkalium 0,02, doppelkohlensaures Natron 0,02, Chlornatrium 0,9, Dextrose 0,1 auf 100 Wasser) ist eine vorzügliche Nährflüssigkeit für das Herz, wie Durchströmungen stundenlang nach dem Tode zeigten, aber als Blutersatz nach Haemorrhagien leistet sie nicht mehr, als die einfache Kochsalzlösung. Diese letztere Erfahrung wurde auch am Menschen gemacht. Wurde den Kaninchen mehr Flüssigkeit eingespritzt, als ihnen Blut entzogen war, so starben sie schon an den geringfügigen nicht tödlichen Blutverlusten von 2,63 % und 2,86 %, weil die Maßeinheit des so stark verdünnten Blutes nun noch weniger Blutkörperchen enthielt; diese Oligocythaemie nimmt sogar noch stunden- und tagelang nach der Infusion zu. Versuche mit Adrenalin, das wegen einer blutdrucksteigernden Wirkung angewendet wurde, ergaben ein ganz negatives Resultat. Hingegen gelang es, bei Kaninchen durch einfachen Flüssigkeitsersatz der entzogenen Blutmenge, verbunden mit anhaltender, mindestens dreistündiger Zufuhr reinen Sauerstoffs durch die Luftwege bei reichlicher Erwärmung, den kritischen Zeitpunkt nach der Haemorrhagie zu überwinden und das Leben solange hinzuhalten, bis die zur dauernden Rettung nötige Blutregeneration stattgefunden hat; es wurden auf diese Art noch Tiere mit einem Blutverlust von 3,52 % des Körpergewichts durchgebracht, während es ohne Sauerstoffzufuhr

Digitized by Google

auf keine Weise gelungen war, Tiere am Leben zu erhalten, die über 3 % des Körpergewichts verloren hatten. Besonders wirksam scheint zu sein, wenn der eingeatmete Sauerstoff unter erhöhtem Druck steht. Die intravenöse Sauerstoffinfusion kommt für den Menschen wegen der damit verbundenen Gefahren nicht in Betracht. Hingegen haben die Untersuchungen als zweckmäßigsten Blutersatz eine mit Sauerstoff gesättigte Kochsalzlösung ergeben. die in die Vene eingespritzt wird; unterstützt wird diese Infusion durch reichliche Erwärmung des Körpers und gleichzeitige Einatmung von Sauerstoff. Ein Liter Kochsalzlösung vermag 20 ccm zu absorbieren. Küttner hat einen handlichen Apparat konstruiert (erhältlich bei E. Bühler, Tübingen), in dem die Kochsalzlösung mit Sauerstoff gesättigt wird und der auch zur Infusion dient. Das Verfahren ist sehr einfach.
(Therapie d. Gegenwart. v. Bruns, Beitr. z. klin. Chir. XL., 37.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Behandlung des Panaritiums. Von E. v. Bergmann. Unter jeder Bedingung ist der zeitige Schnitt in die Fingervola zu empfehlen. Anfangs kann wohl zuweilen die Schwellung noch zurückgehen, ohne daß es zur Bindegewebsnekrose und Eiterung kommt, sei es, daß die Virulenz der eingedrungenen Bakterien eine nur geringe war und der Widerstand, den ihre Vegetation vom lebenden Gewebe erfuhr, sie zu unterdrücken ausreichte, sei es, daß sich um den lokalen Herd Phagocyten genug sammelten, um die Kokken schnell fortzuführen, oder ein kleiner Abszeß die Haut durchbrach und seinen Inhalt nach außen schüttete. Das Vorkommen einer solchen Lösung oder eines spontanen Durchbruchs ist kein Grund gegen den sofortigen und frühzeitigen Schnitt, denn was aus dem selbstüberlassenen Herde wird, können wir nicht voraussehen, bestimmt aber wissen wir, daß er ohne diesen Eingriff gefahrvoll werden kann, und eben deswegen handeln wir.

Nur auf eine Schwierigkeit kann die stets wichtige Indikation stossen, den Widerstand des Patienten. Mit dem Schrei: „Nur nicht schneiden!“ tritt das Dienstmädchen in Doktor Claus' Sprechstunde und will sich zur Abnahme des um die schmerzende Hand geschlungenen Tuches nicht bestimmen lassen. Der heutige Arzt hat es leicht, sie zu beruhigen, denn er darf ihr fest versprechen, den notwendigen Schnitt schmerzlos auszuführen, Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie ist für die Spaltung eines Panaritium nicht zu empfehlen, da die anästhesierende Lösung in einen Entzündungsherd gespritzt wird und dadurch die in ihm

Digitized by Google

schon bestehende Spannung erhöht. Besser und zuverlässiger ist es nach Oberst's Vorgange, das Cocain an vier den Digitalnerven entsprechenden Stellen, dort wo sie längs den Seitenrändern der ersten Phalanx verlaufen, in die Tiefe des Fingers zu spritzen, also eine direkte Wirkung auf die Nervenstämme auszuüben. Die Mittel zum Ersatze des Cocainum muriaticum besitzen nicht wesentliche Vorzüge und auch der Adrenalinzusatz ist entbehrlich. Wohl aber bleibt es empfehlenswert, den Finger an seiner Basis mit einem elastischen Gummidrainrohr abzuschnüren, nachdem man ihn eine kurze Zeit steil aufrecht gehalten hat. Die Abschnürung und Blutleere geschieht nicht, um einer Vergiftungsgefahr vorzubeugen, denn diese ist, selbst wenn man eine 5proz. Lösung wählen und 4 gewöhnliche Pravazsche Spritzen anwenden, also 0,2 injizieren würde, nicht allzugroß, wenn mit den 20 Centigramm auch die Maximaldosis erreicht ist. Macht man den Finger blutleer, ehe man injiziert, so genügt eine geringere Dosis, nämlich die Injektion von 4 mit 2proz. Kokainlösung gefüllten Spritzen. Nur muß man länger warten, ehe die Wirkung eintritt, wenigstens 5 aber auch 10 Minuten. Dann kann man auf eine vollständige Analgesie des Fingers rechnen. Eine Anämisierung durch Adrenalinsusatz zur Cocainlösung ist unsicher, Zusatz dagegen von 1—3 Tropfen einer 1proz. Adrenalinlösung verlängert, wie es scheint, die Dauer der lokalen Anästhesie.

Im blutleeren Finger können wir den Entzündungsherd, durch welchen unser Skalpell schneiden müßte, in frischen Fällen deutlich übersehen und den Schnitt dann so einrichten, daß er seine Grenzen überschreitet.

So hoch die lokale Anästhesie im Anfange der Krankheit zu schätzen ist, vor allem weil sie uns leichter zu den frühen und daher rechtzeitigen Inzisionen kommen läßt, so wählt v. B. bei vorgeschrittener Eiterung — Abscedierung des Handrückens und Synovits purulenta — doch die allgemeine Narkose. Unter ihrem Schutze kann man die Grenzen der Phlegmone und die Ausdehnung der Eiterung in der Sehnenscheide in aller Ruhe aufsuchen und übersehen, um, soweit als nötig und möglich ist, dem deletären Entzündungsprodukte Ausfluß und dauernden gesicherten Abfluß zu verschaffen. Die Blutleere macht es möglich, jede Nische, in der Eiter steckt, zu entdecken und die Sehne bis dahin zu verfolgen, wo kein Eiter sie deckt und umspült.

Wenngleich es notwendig ist, in ein jedes beginnendes Panaritium zu schneiden, so gelingt es doch nicht immer, den Patienten zu dieser Ueberzeugung zu bringen. Er verlangt Aufschub und möchte gern noch etwas weniger „Scharfes“ anwenden, ehe er in die Operation zu willigen ver-

Digitized by Google

spricht. In solchem Falle empfiehlt sich die Ruhe des entzündeten Gliedes. Man hüllt den Finger in Watte und stellt durch eine alle Finger, die ganze Hand und den Vorderarm umfassende Schiene die Unbeweglichkeit des sonst so lebhaften Tastorganes her. Mit der Ruhe verbunden ist die Hochlagerung, dieses treffliche Mittel, den Blutgehalt im Entzündungsherde zu mildern und durch dessen Anämie die Intoxikationsgefahr herabzusetzen. Die Ruhe an sich ist ein Heilmittel.

Der Entschluss, so schnell zum Messer zu greifen, fällt noch vielen Kollegen schwer, zumal wenn es ihnen gelungen ist, durch die blosse Ruhe des Fingers seine Entzündung zur Rückbildung zu bringen. Man will, wie beim Milzbrande, durchaus mehr tun. Man meint den Kranken vor dem kleinen Einschnitte zu wahren und schleppt die unter der Wärme schneller und weiter sich ausbreitende Entzündung fort, bis ein grosser Schnitt die ganze Sehne spalten oder den nekrotisch gewordenen Knochen bloßlegen muß.

Ungleich schlimmer steht es mit den spezifisch bakteriziden Mitteln, welche man in den Entzündungsherd direkt hineinzubringen versucht hat. In erster Stelle waren es wieder Karbollösungen, dann Sublimatlösungen usw. Innerhalb lebender Gewebe kann man keine Bakterien töten. Das angewendete Mittel tötet viel eher die menschlichen Zellen, die es trifft, als die Bakterienzelle, deren Vernichtung man wünscht. Aber selbst wenn es nicht vernichtend und ätzend wirkt, lähmt es die Gewebe und damit auch diejenigen Stoffe und schützenden Körper in ihnen, welche der Bakterienvegetation hemmend entgegentreten. Man hat theoretische Wirkungen konstruiert, die tatsächlich nicht zustande kommen können oder die Bedeutung, welche die Infektion durch Bakterien hat, nur halb verstanden. Dasselbe gilt von der Ausnutzung der Phagozytentheorie. Die Eiterung sollte künstlich, etwa durch Injektion von Mitteln, welche sterile Eiterung hervorrufen, schnell so weit gesteigert werden, bis die zahlreich sich ansammelnden Phagozyten alle Kokken in sich aufnehmen und fortführen würden. In dieser phantastischen Voraussetzung ist man so weit gegangen, Terpentin in den Entzündungsherd zu spritzen, d. h. Oel ins Feuer zu gießen.

Zum Schlusse dieser Betrachtung über die chirurgische Behandlung eines frischen Panaritiums sei auch noch des Heilserums gedacht, das gegen die Staphylokokkeninfektion vorgeschlagen worden ist. Die Frage ist auf dem letzten Kongresse französischer Chirurgen von Doyen wieder angeregt worden, der durch sein Antistaphylokokkenserum, das er in einer Menge von nur 5ccm injizierte, Furunkel, die bei Inzisionen 12—15 Tage zu ihrem Verschwinden zu

Digitized by Google

brauchen pflegen, in 3—4 Tagen sich völlig zurückbilden, ja Karbunkel, die sonst 6—8 Wochen zu ihrer Heilung gebraucht hätten, in 5—8 Tagen schwinden sah, ohne daß er zum Messer zu greifen brauchte. A priori muß man gegen eine Immunisierung durch ein Staphylokokkenserum Bedenken haben, denn das einmalige selbst zehnmalige Ueberstehen einer Furunkulose schützt nicht vor einer neuen und wiederholten Furunkelbildung. Wie auch in der Zukunft sich die Serumtherapie der Staphylomykosen gestalten möge, zurzeit liegt alles Heil für den an einem Panaritium leidenden Patienten in der frühzeitigen und ausreichenden Spaltung der infizierten Stelle am Finger durch einen gehörig tiefen und langen Einschnitt.

Beherrscht in der Behandlung des Panaritium der Schnitt alle unsere Aufgaben, so in der Nachbehandlung das Fortschaffen der Wundprodukte. Zu diesem Zwecke ist die einmal angelegte Wunde so lange klaffend und offen zu halten, bis sie mit Granulationen überall bedeckt ist. Daher füllen wir sie mit der am besten absaugenden Jodoformgaze, eine lockere Tamponade, welche auch die Blutung ausreichend stillt. Aus demselben Grunde achten wir auf die Verbreitung der Entzündung über den Handrücken und längs der Hohlhandsehnen, um, sowie eine solche entdeckt ist, aufs neue einzuschneiden, insbesondere die Sehnenscheide soweit zu spalten, als der Eiter sie füllt. Hier genügen nicht kleine, selbst vielfach angebrachte Schnitte, sondern ein großer Schnitt. Er ist das beste Mittel, die Sehne zu erhalten. In dem Sinne sind der frühe wie der späte chirurgische Eingriff konservierende Mittel. — (Ztschr. f. ärztl. Fortbild.", Nr. 1, 1904.)

Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den prakt. Arzt. Von W. D. Müller-Berlin. (Deutsche Klinik.) Zwischen der Mundhöhle und den andern Teilen des menschlichen Körpers bestehen die zahlreichsten Beziehungen 1. durch die Continuität des Schleimhautüberzuges; 2. durch kranke Zahnwurzeln, durch deren offenen Wurzelkanal Bakterien und deren Zersetzungsprodukte in die Tiefe des Kiefers dringen, von dort in die Blut- und Lymphbahn gelangen und Erkrankungen an den entferntesten Stellen des Körpers hervorrufen können; 3. durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen, durch die Tuba Eustachii und die Tonsillen; 4. durch die direkte Verbindung mit den Lungen und dem Verdauungstraktus; 5. endlich durch die Nervenbahnen.

Hieraus ergibt sich, wie oft eine genaue Kenntnis der Krankheiten der Mundhöhle und besonders der Zähne und ihrer Folgen für die Diagnose und Behandlung der Allgemeinkrankheiten von Nutzen sein muß.

Digitized by Google

Zwei Kategorieen von Erkrankungen der Mundhöhle oder von derselben ausgehend lassen sich unterscheiden: einmal selbständig auftretende und zweitens auf erkrankte Zähne zurückzuführende oder von erkranktem Zahnfleisch ausgehende.

Zur ersten Gruppe gehören die schweren Allgemeinerkrankungen der Tuberculose, Pneumonie, Diptherie, Cholera, Lues, infect. Angina, des Typhus, Herpes. Zur zweiten die zahlreichen Entzündungen der Zähne und ihrer Umgebung, der Pulpa, der Wurzelhaut, des Alveolarfortsatzes des Kieferknochens, die sekundären der Kiefer- und Nebenhöhlen bis zu denen des Gehirns und seiner Membranen.

ad I. Eine ganze Reihe von Allgemeinerkrankungen gehen also mit Begleiterscheinungen im Munde einher, die in diagnostischer Beziehung eine wichtige Rolle spielen. Die Zunge gibt Auskunft über abnorme Gährungen im Magen und im Munde; der Speichel bietet ebenfalls wichtige Anhaltspunkte zur Feststellung einer Diagnose. Vermehrung desselben findet sich bei Quecksilbereinverleibung, bei Vergiftungen mit Alkaloiden, Muskarin, Eserin; Verminderung bei Atropin-, Daturin-, Nicotin-, chron. Morphium-Vergiftung, bei Wurst-, Fleisch-, Fischvergiftungen, bei gewissen Geistestörungen (Depressionszuständen), bei chron. zehrenden Krankheiten, Diabetes, Nierenleiden als höchst ungünstiges prognostisches Zeichen. Jod, Brom bewirken Schwellung und Auflockerung des Zahnfleisches, reichliche Sekretion, weichen, gelblichen Belag und auffallenden Geruch; Kupfer einen purpurroten oder graugrünen Saum am Zahnfleischrande; Blei einen graublauen Saum, Silber schwarzbraune fleckenweise Verfärbung der ganzen Mundschleimhaut.

Mangelhaft entwickelter Schmelz (Schmelzhypoplasie) ist der Ausdruck einer Nutritions- und allgemeinen Gesundheitsstörung in der Zeit der Zahnbildung, also von der 25. Fötalwoche bis zum 3. Lebensjahre; Verschmälerung des Zahnhalses, Convergenz der Zahnachsen und halbmondförmige Ausschnitte des Zahnrades (Hutchinsonsche Zähne) lenken den Verdacht auf Lues; hartnäckige Ulcerationen des Zahnfleischrandes und Abstossung der Epitheldecke der Mundschleimhaut auf Pemphigus. Verspäteter Durchbruch der Zähne kommt bei Rachitis; frühzeitige Lockerung und Eiterung bei Skrophulose, Anämie, Diabetes, Gicht, Lues und nervösen Störungen vor.

ad II. In zweiter Linie ist die Kenntnis der vielen localen und allgemeinen Störungen, die ihre Ursache in einem vernachlässigten Zustande der Zähne finden, für den Arzt wichtig. Die Beziehungen der Zähne zu Erkrankungen der Kieferhöhle und der Stirnhöhle sind erwiesen. Mit

Digitized by Google

Leichtigkeit können sich pathogene Prozesse im Oberkiefer durch die Kiefer- resp. Nasenhöhle fortpflanzen. Bei chron. Fisteln am Halse, an der Brust, in der Achselhöhle kann, auch bei intakter Zahnkrone eine tote Pulpa als Infektionsherd den Ausgangspunkt bilden. Erkrankungen der Hirnhäute und des Gehirns sind nach Zahncaries, Sepsticämie und Pyämie im Anſchluß an ſchwere Zahngeſchwüre, Zahnperiostitiden beobachtet worden.

Grosse Beſchwerden kann der Durchbruch des sogen. Weisheitszahnes machen, der häufig schief oder nur unvollkommen das Zahnfleiſch durchbohrt und zu Reizung des Zahnfleiſches und zur Ansiedlung von Bakterien in dem gereizten Gewebe Anlaß gibt.

Die Behandlung sorge für gründliche Fortspülung der festhaftenden Speiseteilchen, Bepinselung mit Tr. jodi, Tr. aconiti ana, Aufstreuen von Tanninpulver, Alaun, antiseptiſche Gurgelungen, ev. Abtrennung des Zahnfleiſchlappens mit der Scheere oder Lancette.

Nächst der Caries fallen der Alveolarpyorrhoe die meisten Zähne zum Opfer. Nach vorhergehender Entzündung bildet das am Zahnhalse gelockerte Zahnfleiſch eine Tasche, in der der Eiter stagniert und Speisereste sich festsetzen. Nach Vereiterung der Wurzelhaut und der Alveole fallen die Zähne schliesslich aus. Prädisponiernd für die Erkrankung sind chron. Allgemeinerkrankungen und Diathesen (Anämie, Rheumatismus, Gicht, Rachitis, Skrophulose, Lues, Diabetes, Tuberkulose). Lokale Reize, besonders Zahnsteinablagerungen, unregelmäßige Zahnstellung sind die näheren Ursachen. Die Disposition zu dieser Erkrankung ist erblich. Die Behandlung richtet sich gegen das Grundleiden; local besteht sie in gründlicher Reinigung der Zähne.

Die unter dem Namen Angnia Ludovici bekannte Erkrankung wird durch Microorganismen erzeugt, die durch kleine Schleimhautverletzungen, durch die Tonsillen, die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen, besonders aber durch cariöse Zähne als Eingangspforten eindringen.

Magenstörungen, Verdauungsbeſchwerden, die verſchiedenen Stomatitiden entwickeln sich vielfach infolge vernachlässigter Mundpflege, Zahnsteinanhäufungen, Zahnverlusten und ſchwinden ſchnell durch eine Säuberung der Mundhöhle, Ersatz der fehlenden Zähne.

Sehr wichtig ist auch die Kenntnis der dentalen Neurosen, deren häufigste Form die Hyperästhesie des zweiten oder dritten Trigeminusastes ist, je nachdem der erkrankte Zahn im Ober- oder im Unterkiefer liegt. Allerdings kann der Schmerz von einem auf den andern Ast irradiiren, so daß dadurch der diagnostiſchen Beurteilung des Falles Schwierigkeiten erwachsen können. Ursache und Ausgangs-

Digitized by Google

punkt für eine Trigenimus-Neuralgie können sein: 1. chron. Erkrankung der Zahnpulpa, 2. wiederholte Insulte auf freiliegende Zahnbeinflächen; da die normale schützende Decke von Schmelz fehlt, so können mechanische, chemische, thermische, bakteritische Insulte durch das Zahnbein zu der Pulpa geleitet werden. 3. Dentikel (Neubildungen) in der Pulpa. 4. Verdickungen der Zahnwurzel durch Excementosis, 5. retinierte, nicht zum Durchbruch gelangte, ausgebildete Zähne.

Auch Neurosen im Gebiete des Auges, Asthenopie, Amblyopie, Amaurose, Mydriasis, Blepharospasmus, Strabismus, Ptosis sind als Folgen von Zahnerkrankungen beobachtet worden. Desgleichen Neurosen im Gebiete des Gehörorgans besonders in Fällen von Excementosis bis zu völliger Taubheit.

Der praktische Arzt, zumal auf dem Lande, wird oft in die Lage kommen, Zahnkranken Hülfe gewähren zu müssen. Es ist für ihn deshalb von Wichtigkeit zu wissen, dass Zahnschmerzen nicht lediglich von der Pulpa ausgehen, sondern auch von Entblössung des Zahnbeins, Erkrankung der Wurzelhaut, Zahnfleischentzündungen aus den verschiedensten Ursachen, Kalkablagerungen in der Pulpa, Exostosis, Retention und Resorption von Zähnen, unregelmässiger und gedrängter Stellung, erschwertem Durchbruch der Zähne u. a. m.

Meistens ist es allerdings die Pulpitis, hervorgerufen durch Caries und sekundäre bakteritische Infektion der Pulpa. Der Schmerz wird besonders durch mechanische Insulte oder Temperaturwechsel ausgelöst, Druck und Percussion auf den meist hohlen Zahn ist dagegen nicht schmerzhaft. Die Behandlung besteht in Auswischen der Zahnhöhle und Einlegung eines Wattebäuschchens mit conc. Carbolsäure, Nelkenöl oder folgender Lösung getränkt: Acd. carb. Ol. caryophyl. ana 1,0 Coc. mur. 0,3. Ds. Zahntropfen.

Ebenso oft ist die Entzündung der Wurzelhaut, Pericementitis, die Ursache. Als erstes Symptom macht sich Empfindlichkeit beim Kauen bemerkbar, schließlich ist die leichteste Berührung z. B. mit der Zungenspitze äußerst schmerzhaft. Der Zahn fühlt sich länger an, da er durch die Schwellung der Wurzelhaut aus der Alveole etwas herausgehoben wird. Druck und Percussion sind unerträglich schmerzhaft. Die umgebenden Weichteile, vielfach sogar die ganze Gesichtshälfte und die Augenlider, sind ödematös geschwollen. Die erste Aufgabe ist, für die im Wurzelkanal angesammelten putrieden Stoffe, Gase oder Eiter Abfluß zu schaffen, durch Sondierung des Wurzelkanals mit einer feinen Sonde. Ev. kann man das Zahnfleisch über der

Digitized by Google

erkrankten Wurzel skarificieren, mit Jodtinctur pinseln, Eisstückchen in die Backentasche schieben oder mit 5—10% Cocaïnlösung getränkte Wattebäuschchen auflegen lassen.

Sekundär kommt die Entzündung der Wurzelhaut vor bei Lues, Rheumatismus, Gicht, bei Masern, Scharlach, bei Influenza, Malaria, auch bei einfacher Erkältung.

Zahnschmerzen infolge von Exostose, Resorption oder Retention der Zähne sind nur durch Extraktion zu beseitigen.

Putride und stark entzündliche Prozesse am Zahnfleisch sind durch antiseptische Spülungen (Borsäure, Borax 4%, Kal. permang. 0,5%, Kal. chlor. 2—4%, essigsaure Thonerde 2%, Wasserstoffsuperoxyd 2—3% oder mit folgender Lösung zu behandeln:

Saccharin, Acd. benz. ana	5,0
Tr. Eucalypt.	30,0
Alch. absol ad	100,0

Ds. 1 auf 10 Wasser zum Mundspülen.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

In der 14. Sitzung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln sprach Dr. Bloch-Köln über **Prophylaxe und Therapie der Magen-Darmkrankheiten des Säuglingsalters.**

1. Prophylaxe. Oeffentliche Wohltätigkeitsanstalten und Vereine ließen in einzelnen Gemeinden zur Bekämpfung der hohen Mortalitätsziffern der Säuglinge, namentlich im Arbeiterstande, Maßregeln ergreifen. So entstanden die Krippen, Säuglingshospitäler und Säuglingsheime, deren gute Berichte zur Nacheiferung anspornen. Der Staat selbst richtet sein Hauptaugenmerk auf die allgemeine Hygiene und Besserung der sozialen Stellung des Arbeiterstandes, um die Sterblichkeit der Säuglinge einzuschränken. — Die Hauptrolle bei den Ursachen der Magendarmkrankheiten spielt natürlich die Art der Ernährung. Die beste Nahrung für das Säuglingsalter ist und bleibt die Muttermilch; die Mütter sollten unbedingt den Versuch des Selbststillens machen und die Aerzte müssten in dieser Hinsicht noch viel mehr, als es geschieht, belehrend in ihren Kreisen auftreten. — Da der größte Teil der Kinder auf künstliche Ernährung angewiesen ist, und dabei die Kuhmilch hauptsächlich in Betracht kommt, so drohen die Hauptgefahren aus der schlechten Beschaffenheit der letzteren! Es wird deshalb in den letzten Jahren ärztlicherseits überall für eine bessere, staatliche, sanitäre Kontrolle der Kindermilch hingearbeitet. Auch im Hause muss eine sachverständige Behandlung der Milch verlangt werden (sofortiges Kochen

Digitized by Google

in sauberen Gefässen, Kühlhalten derselben, Benutzung leicht zu reinigender Flaschen und hygienischer Saugpfropfen). Erstrebenswert wäre die Abgabe sterilisierter Einzelportionen guter Milch von seiten der Gemeinden, entweder unentgeltlich wenigstens für Arme oder für eine entsprechende mässige Entschädigung bezw. zum Selbstkostenpreise, zugleich im Sommer Abgabe von Eis zum unbedingt erforderlichen Kühlhalten der Flaschen. Von Seiten der Mütter ist natürlich penibelste Sauberkeit in der Behandlung des Kindes überhaupt, ganz besonders aber bei der Ernährung erforderlich (genügende Wäsche, Bäder, Desinfektion und Lüftung der Wohnräume, Flaschen- und Pfropfenreinigung, Haut- und Mundpflege u. s. w.). Beinahrung soll womöglich vor dem siebenten Monat vermieden werden, namentlich aber in den Sommermonaten. Versuche mit allen möglichen durch Reklame empfohlenen Ersatzmitteln für Muttermilch sollen nicht ohne ärztlichen Rat gemacht werden. — Nach Einführung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden sah man die Hauptgefahr in dem Bakteriengehalt der Milch. Dies führte zur Sterilisation oder Pasteurisation. Diese Methoden werden eingehend erörtert, ihre Vorzüge und Nachteile erwähnt. In den besseren Kreisen hat sich das Soxhletsche Verfahren wohl am meisten eingebürgert und auch am besten erprobt; nur wurde die anfänglich gewünschte Erhitzungsdauer von 45 Minuten in den letzten Jahren für schädlich erkannt und eine solche von 5—10 Minuten für genügend erachtet.

II. Therapie. 1. Diätetische Behandlung. Vermeidung der Ueberfütterung (zu häufiges Anlegen oder zu langes Trinkenlassen). Womöglich Brustnahrung! Eventuell Amme! Das Hauptverdienst für die neueren Prinzipien der diätetischen Behandlung kommt Prof. Biedert zu, der uns in der Beurteilung der verschiedenen Krankheitsarten auf die Wichtigkeit der chemischen makro- und mikroskopischen Untersuchungen der Stuhlentleerungen aufmerksam gemacht hat. Auch bei den geringsten Dyspepsien ist zunächst die Nahrungsmenge herabzusetzen, was am besten durch die Verdünnung geschieht; außerdem sind die Pausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten zu verlängern. Vor allem ist die Ursache der Verdauungsstörungen zu ergründen und event. zu beseitigen. Da nun die Kuhmilch fast allerorts sehr große Mängel aufweist, so wurde der Fabrikation und Empfehlung für Ersatzmittel derselben Türe und Tor geöffnet. Diese Ersatzmittel zerfallen in drei Gruppen: a) Besonders präparierte Kuhmilch, die in der neuen Zusammensetzung der Muttermilch ähnlichsr sein soll (Voltmers Muttermilch, Gärtner'sche Fettmilch, Montische Molkenmilch, Backhausmilch, v. Dunger'sche Pegninmilch, keimfreie sog. Forster'sche

Digitized by Google

Milch, Buttermilch u. a.). b) Rahmgemenge und Konserven (Biederts künstliche und natürliche Rahmgemenge, Löfflund, Drenkhan u. a.). c) Surrogate der frischen Milch (kondensierte Milch, Nestlés Kindermehl, Hafer- und Gerstenschleim, Keller's Malzsuppe) und amylumhaltige Präparate (ferner Theinhardts, Rademann, Muffler, Kufecke u. a. Mehle, Mellins food, Odda). Kein einziges aller dieser Präparate kann auch nur annähernd die Mutterbrust ersetzen, wie schon die außerordentlich große Zahl bezeugt. Außerdem ist ihr hoher Preis und der Mangel an frischer Herstellung von großem Nachteil für sie. Allerdings wird man häufig bei Magendarmstörungen von dem einen oder dem andern von ihnen Gebrauch machen müssen als Ersatz für die Kuhmilch. Eine staatliche Versuchsanstalt für die Ernährung der Säuglinge, wie sie Biedert verlangt, würde gewiß manchen Nutzen bringen.

Bei jeder Magendarmstörung ist tunlichst die Milchnahrung einzuschränken und zunächst entweder eine schleimige Abkochung oder Ersatzpräparate zu reichen oder zur Wasserdiät zu schreiten. Ein Schema aufzustellen, nach dem die einzelnen Erkrankungsformen behandelt werden, hat seine großen Schwierigkeiten. Man hat 1. zu individualisieren, 2. zu experimentieren. In dem einem Falle wird man mit Biederts Rahmgemenge, in dem anderen mit Backhaus oder v. Dungern'scher Milch oder Kellers Malzsuppe oder Buttermilch u. s. w. zu einem guten Resultate gelangen. Hunger erträgt der Säugling ziemlich gut und längere Zeit, nicht aber den Durst. Also wird man anfänglich ruhig zu einer völligen Nahrungsentziehung schreiten und damit am besten nur abgekochtes Wasser oder leichte Teeaufgüsse mit geringem Kognakzusatz geben. Die Wasserdiät (diète hydrique) ist namentlich bei den Franzosen beliebt und wird bei Brechdurchfällen selbst 4—5 Tage lang durchgeführt. Die früher beliebten Zusätze von Eiweiß werden jetzt seltener angewandt wegen der Fäulniszersetzung im Darm. Manchmal bleibt nichts anderes übrig, als zur Brustnahrung überzugehen, wenn jede künstliche Nahrung versagt.

2. Mechanische Behandlung: a) Magen- und Darmspülungen. Trotz der leichten Technik haben die größere Zahl der Aerzte noch eine gewisse Scheu vor ihrer Anwendung in der Privatpraxis. Nur Kontraindikation bei drohendem Kollaps. Bei Erkrankungen des Kolons sind ausgiebige hohe Darmspülungen (Irrigator mit Nélatonmagensonde) mit physiologischen Kochsalzlösungen von großem Vorteil. Magendarmspülungen bewirken die Entfernung des schädlichen Nahrungsrestes und tragen zur Ruhigstellung des Magendarmkanals bei. b) Heiße Leibum-

Digitized by Google

ſchläge und Kataplasmen, c) Senfbäder oder aromatiſche Bäder, d) subkutane Kochsalzinfusionen event. bei den ſchweren Wasserverlusten der Cholera infantum.

Verschiedenes.

Nachdem zuerst Th. Landau die lebende Hefe zur Behandlung des Fluor albus empfohlen hatte, wurde die Albert'ſche sterile Dauerhefe Zymin, welche nach dem Verfahren von Dr. Robert Albert von A. Schröder (München) fabrikmäßig hergestellt wird, zuerst von Walter Albert in Form eines Hefebreies (4 g sterile Dauerhefe mit 20 ccm einer 20proc. Zuckerlösung verrührt) mit Erfolg gegen vaginalen Fluor angewendet. W. Albert veranlaßte nun die kgl. Hofapotheke in Dresden, wasserlösliche Vaginal-Zyminstäbchen herzustellen, welche von den Patientinnen selbst in die Scheide eingeführt werden können. Jedes solches Stäbchen ist 9 cm lang, 6 mm dick, wiegt 4 g und enthält je 1,6 g Zymin und Rohrzucker und 0,8 g wasserlösliches indifferentes Constituens. Die Anwendung ist eine sehr einfache. Jeden zweiten abend entnimmt die Patientin mit vorher sorgfältig mit heißem Wasser und Seife gebürsteten Händen und nach vorausgegangener Ab- und Ausseifung der Vulva und Scheiden-Ausspülung mit abgekochtem Wasser aus dem betreffenden luftdicht verſchlossenen Glaszylinder ein Stäbchen und führt es in zwei Hälften in die Vagina ein. Darauf werden die Schenkel etwa 1/4 Stunde lang gekreuzt und möglichst die Nacht hindurch Rückenlage eingehalten. Am nächsten morgen Ausspülung der Scheide mit sterilem Wasser. E. Fraenkel (Breslau) hat, wie er in der „Deutſchen med. Wochenſchr.", 1904, No. 1 berichtet, diese Stäbchen in einigen Fällen mit günstigem Erfolge angewendet. In fünf Fällen von hartnäckiger, chroniſcher, vaginaler und cervicaler Leukorrhoe mit Erosionen der Portio konnte ſchon nach kurzer Zeit (Einführung von 2—5 Stäbchen) Verſchwinden der Hypersecretion und deutliche Heilungstendenz der Erosionen beobachtet werden. In zwei Fällen gonorrhoiſchen Ursprungs mit profußem, eitrigem Ausfluß von sehr ätzender Beſchaffenheit besserte sich derselbe quantitativ und qualitativ raſch! die Erosionen heilten; der Fluor heilte ganz; das Secret ven Scheide und Cervix wurde frei von Gonokokken und anderen pathogenen Keimen. Eventuell vorhandene gonorrhoiſche Prozesse der Urethra oder des Endometrium corporis bedürfen selbsverständlich besonderer Behandlung. Der Preis der Zyminstäbchen ist ein mäßiger, eine Glastube mit 10 Stück, die für drei Wochen ausreichen, kostet 1 Mark.

Redacteur: Sanitätsrat Dr. Wilhelm Herr, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der Schmitzler'schen Buchhandlung in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 3 XLIV. Jahrgang. 25. März 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber das Suprarenin. Exodin, ein neues Abführmittel. Die Wirkung des Höhen- und -Seeklimas auf den Menschen. — Ueber Tuberkulose. Die Palpation des Abdomens im warmen Bade. Zur Behandlung der beginnenden cerebralen Arteriosklerose. Zur Behandlung von Ergüssen in die Körperhöhlen mit Ichthyol. — Die Frakturenbehandlung mit Drahtnaht. — Indikation und Technik der Wendung. Gonorrhoe im Wochenbett. Schutz der Neugeborenen während der Abstossung des Nabelschnurrestes. Ueber Bandwurmkuren im Kindesalter. — Anästhesin in der Therapie der Gehörgangsentzündungen. Lysolvergiftung. Die Abnahme des medicinischen Studiums.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Das **Suprarenin** wird aus frischen Rindernebennieren hergestellt, und zwar wird aus denselben, nachdem sie fein zerhackt worden sind, in üblicher Weise unter sterilen Vorsichtsmaßregeln ein Extrakt unter Zuhilfenahme von schwach angesäuertem Wasser bereitet. Die wirksame Substanz wird sodann aus diesem Extrakt isoliert. Dieser isolierte Körper, das Suprarenin, stellt ein hellbraunes bis gelb- oder grauweißes Pulver vor, von sandiger Beschaffenheit, das jedoch unter dem Mikroskope kleine Kristalle darstellt. Dasselbe ist schwer in kaltem und heißem Wasser löslich, vollkommen unlöslich in Alkohol und Aether, jedoch in verdünnten fixen Alkalien spielend leicht löslich und durch Ammoniak oder Kohlensäure fällbar. Suprarenin darf keine Eiweißreaktion geben. Es besitzt die Eigenschaft, eine starke Kontraktion der damit behandelten Blutgefäße hervorzurufen, und findet daher einen wichtigen Platz besonders in der Augen-, Nasen- und Ohrenheilkunde, sowie in der Chirurgie als Zusatz zu der Schleichschen Infiltrationsflüssigkeit, schließlich zur Tamponade gefährlicher Blutungen, ebenso wie bei Blasen- und Uterusblutungen.

I. Das Suprarenin hat eine stark gefäßverengende Wirkung.

Digitized by Google

II. Dasselbe bewirkt Anämisierung in einer Lösung von 1 : 1000 und 1 : 2000 momentan in sämtlichen Geweben; es wird zur Anämisierung von parenchymatösen Organen (Leber und Niere besonders) in der Lösung von 1 : 1000 bis 1 : 2000 verwendet, für die Anämisierung von Haut, Fett- und Muskelgewebe verwendet man am besten eine Lösung von 1 : 5000 und 1 : 10.000, hierbei tritt die Blutleere sofort bis nach 2 Minuten ein.

III. Man darf von einer Lösung von 1 : 1000 bis 10 ccm auf einen erwachsenen Menschen ohne Furcht vor Vergiftungserscheinungen verwenden.

IV. Das Suprarenin hat, in den obigen Konzentrationen verwendet, keinen schädlichen Einfluß auf die lebende Zelle.

V. Das Suprarenin läßt sich durch Kochen sterilisieren, zersetzt sich in dünneren Lösungen als 1 : 2000 leicht beim langen Stehen und bei Luftzutritt. Eine rosagefärbte Lösung hat die ungeschwächte Wirkung wie die farblose. Dunklere Färbungen und Trübungen zeigen zersetzte Lösungen an und sind nicht zu verwenden. Man benützte nur frisch zubereitete, verdünnte Lösungen.

VI. Das Suprarenin besitzt in einer Lösung von 1 : 10.000 und 1 : 20.000 eine starke, die Herztätigkeit anregende Wirkung auf den Herzmuskel bei Injektion in denselben, und es darf ohne Schaden 1 ccm dieser Lösung in das Myokard injiziert werden.

VII. Infolge der anämisierenden Wirkung ist das Suprarenin bei Operationen zu verwenden, bei denen man einen möglichst geringen Blutverlust wünscht, also bei Operationen, die an sehr schwachen, entbluteten, blutarmen, herzkranken etc. Menschen vorgenommen werden sollen.

VIII. Das Suprarenin ist vor allen Dingen wertvoll bei Operationen an der Leber und Niere, da es die parenchymatöse Blutung verhindert.

IX. Das Suprarenin wird am besten in die Gewebe injiziert.

X. Es bewirkt in allen Geweben einen vollkommenen Verschluß aller Kapillaren, kleineren Arterien und Venen. An größeren Gefäßen bewirkt es nur Verkleinerung des Lumens.

XI. Man erkennt die Suprareninwirkung an der gelben Verfärbung der Gewebe.

XII. Die Suprareninwirkung hält lange Zeit bis zu mehreren Stunden an.

XIII. Eine Nachblutung nach Anämisierung mit Suprarenin ist nicht beobachtet worden und ist nicht zu befürchten.

XIV. Das Suprarenin ist in Wasser löslich und genau zu dosieren. Die Lösung wird mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt. Die Lösungen sind nicht teuer.

Digitized by Google

XV. Die Injektionen sind schmerzlos. Man kann die Anämisierung leicht mit der lokalen Anästhesie verbinden.

XVI. Zur Injektion braucht man am besten eine Spritze von 5 ccm Inhalt mit sehr langer, dünner Nadel, für Anämisierung der Leber benütze man eine stumpfe Nadel mit seitlicher Oeffnung.

Exodin, ein neues Abführmittel. Von Prof. Wilhelm Ebstein. Das neue Abführmittel, Exodin, ist ein Oxyanthrachinonderivat und steht als solches dem Emodin und dem Purgatin nahe. Das Präparat stellt ein gelbes Pulver dar, welches bei etwa 180 bis 190° schmilzt. Die Verbindung ist unlöslich in Wasser, schwer löslich in Alkohol, sie ist ferner geruch- und geschmacklos.

Das in Wasser aufgeschwemmte Pulver macht weder in der Mundhöhle noch auch, nachdem es in den Magen gelangt ist irgend welche unangenehme Erscheinungen. Das Exodin belästigt den Magen in keiner Weise und bewirkt keinerlei magendyspeptische Symptome. Es erzeugt kein Druckgefühl im Magen, kein Aufstoßen, keine Uebelkeit. Der Appetit wird durch das Mittel gleichfalls nicht benachteiligt. Man kann also sehr gut die Kranken direkt nach dem Essen das Exodin nehmen lassen, wie einige Stunden nachher oder nach abgeschlossener Verdauung und bei leerem Magen. Das Mittel wirkt gewöhnlich nach 8 bis 12 Stunden. Die Darmentleerungen treten in den meisten Fällen zum erstenmal in breiiger oder auch in gebundener Form auf. Im Verlauf der nächsten Stunden wiederholen sich die Ausleerungen, meist ein- bis dreimal, zuletzt nicht selten dünn. Nach den Erfahrungen E.'s hat das Exodin auch bei solchen von den schwersten Formen der chronischen Stuhlverstopfung heimgesuchten Patienten gewirkt, bei denen die anderen üblichen Abführmittel nur eine mangelhafte Wirkung erzeugt hatten.

Betreffs der Anwendungsweise des Exodins sei bemerkt, daß die Schering'sche Fabrik dasselbe in Tablettenform in den Handel bringt. Jede dieser Tabletten enthält 0,50 g Exodin. Die Tabletten zerfallen in Wasser leicht zu einem geschmacklosen Pulver. Dasselbe ist in Wasser unlöslich. Für Kinder genügt eine Tablette, Erwachsene nehmen davon ein bis 3 Stück, gewöhnlich genügen aber bei den letzteren zwei Tabletten, um eine oder mehrere, meist breiige Stuhlentleerungen zu bewirken. Die Einverleibung des Exodins geschieht am besten in folgender Weise: Man läßt die Tabletten in einer entsprechenden Quantität Wasser zergehen und läßt die so hergestellte wässerige Aufschwemmung des Exodins unter stetem Umrühren mit einem Löffel trinken. Es ist dies Verfahren dem Verschlucken der Tabletten im

Digitized by Google

ganzen vorzuziehen, weil bei Aufschwemmung des Exodins dasselbe in möglichst fein verteiltem Zustand in den Magen gelangt. — (Deutsche med. Wochenschr. No. 1, 1904.)

Die Wirkung des Höhen- und -Seeklimas auf den Menschen. (Nach einem im Verein f. innere Medizin zu Berlin am 7. Dezember 1903 gehaltenen Vortrage.) Von Prof. A. Loewy-Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1904/4.) Zwischen den Wirkungen der einfach verdünnten Luft und der Höhenluft auf den tierischen Organismus ist ein erheblicher Unterschied zu konstatieren. Höhenluft ist nicht als identisch mit verdünnter Luft zu betrachten, wie im physikalischen Sinne nicht, so auch nicht in ihren physiologischen und therapeutischen Wirkungen. Gemeinsam ist beiden als besonderes Charakteristikum die Verdünnung der Luft und damit der Mindergehalt an Sauerstoff. Aber dieser bringt wie sich gezeigt hat, nur einen Teil der Wirkungen des Höhenklimas zustande.

Es sind als weitere wirksame Faktoren zu betrachten: die niedrigen Lufttemperaturen, die langdauernde und intensive Insolation, die starke Luftbewegung, eventuell auch die starke elektrische Leitfähigkeit der Luft und ihr starkes elektrisches Potentialgefälle. — Diese Klimafaktoren sind aber nicht dem Höhenklima allein eigentümlich, sie finden sich auch in anderen Klimaten, und speziell ist das Seeklima durch die starke Besonnung, die energische Luftbewegung und hohe elektrische Unipolarität der Luft ausgezeichnet.

Festgestellt ist bisher nur eine Dauerwirkung des Höhenklimas, das ist die auf das Blut. Fast ausnahmslos bestätigt wurde die Tatsache, daß beim Uebergang ins Hochgebirge die Zahl der Blutzellen, der Hämoglobingehalt, der Eisengehalt, der Sauerstoffgehalt in der Volumeneinheit Blut zunimmt. Diese Zunahme sezt sogleich beim Uebergang in die Höhe ein, erreicht aber nicht sogleich ihr Maximum, sondern setzt sich auch beim Aufenthalt in gleicher Höhenlage noch einige Zeit, zwei bis drei Wochen lang fort und hält sich dann dauernd auf einem konstanten Niveau, so lange der Höhenaufenthalt überhaupt dauert. Kehrt man zur Tiefe zurück, so nimmt auch die Zellenzahl und der Hämoglobingehalt wieder ab, aber es scheint nach den Versuchen von Schaumann und Rosenqvist die Abnahme keine vollständige zu sein, vielmehr eine noch monatelang zu beobachtende Erhöhung über das Niveau, das vor dem Aufenthalt in der verdünnten Luft sich fand, bestehen zu bleiben, eine Erhöhung, die zirka 10 Proz. des ursprünglichen Wertes beträgt.

Auch nach eigenen Versuchen glaubt L., daß die Annahme einer Anregung der Hämoglobinbildung im Hochge-

Digitized by Google

birge nicht von der Hand zu weisen sein dürfte, und zwar ist es die Luftverdünnung, die dieses Ziel erreicht, nicht das intensive Licht und die niedrige Temperatur. Die letzteren wirken auf veränderte Verteilung der Blutmenge im Gefäßsystem. Nach anderen Antoren soll Blutplasma durch die verfchiedene Kontraktion der Blutgefässe ins Gewebe übertreten. ebenso soll durch die gesteigerte Verdunstung ein wasserärmeres Blut erzeugt werden. Die Vorgänge, die zur Aenderung der Blutverteilung führen, spielen in folgender Richtung eine wichtige Rolle. Indem die Temperatur und Lichtreize, die vom Höhenklima ausgehen, die Muskeln der Hautgefäße und nicht nur diese, sondern auch die übrigen glatten Muskeln der Haut zu einem häufigen Wechsel von Kontraktion und Erfchlaffung bringen, veranlassen sie zu einer energifcheren Tätigkeit. Die dadurch erzielte Uebung des Hautmuskelsystems führt zu einer größeren Widerstandskraft gegenüber den Witterungseinflüssen, zu dem also, was wir Abhärtung nennen. So bringt das Höhenklima aus sich selbst das zustande, was wir in unserm Klima durch künstliche Mittel, besonders durch hydrotherapeutifche Prozedureu herbeizuführen suchen.

Die Herztätigkeit wird angeregt, was sich in der Steigerung der Pulsfrequenz zeigt, ferner eine Steigerung der Atmungsfrequenz und der Atemgröße; diese treten sowohl für die Ruhe, als auch für die Muskelarbeit ein. Dadurch wird für beide Fälle eine Erhöhung des Stoffumsatzes erzielt. Der gesteigerte Stoffzerfall betrifft Fett- und Kohlehydrate, gesteigerter Eiweißzerfall findet nicht statt.

Das Seeklima dagegen vermindert die Frequenz der Pulsfchläge und die Atemfrequenz, aber es bedingt auch einen erhöhten Stoffumsatz. Aus eigenen Versuchen fand L., daß das Seeklima ebenso wie das Höhenklima, imstande ist, die Stoffwechselprozesse zu steigern, bei dem einen mehr, bei dem andern weniger, bei dem einen für eine längere Zeit, bei dem andern für eine kürzere, daß es aber auch gegenüber dem Seeklima Personen giebt, die sich refraktär verhalten.

Endlich fand L., daß die Fähigkeit, durch Klimaeinflüsse des See- und Höhenklimas eine Anregung des Stoffumsatzes zu erfahren, für See- und Höhenklima individuell verfchieden ist: bei dem einen tritt die Steigerung des Stoffzerfalles sowohl im Gebirge wie an der See ein, bei einem zweiten nur an der See, nicht im Gebirge, bei einem dritten wird es vielleicht umgekehrt sein. Es wird jedenfalls auch Personen geben, die sich den Reizen beider Klimate gegenüber unempfindlich zeigen.

See- und Höhenklima sind jedenfalls keine indifferenten Heilpotenzen, die jedermann ohne weiteres benutzen darf.

Digitized by Google

Sie werden da am Platze sein, wo wir anregen wollen, sie werden da mit Vorsicht zu verwenden sein, wo schon Erregungserscheinungen irgendwelcher Art bestehen. Da See- und Höhenklima eine stärkere Inanspruchnahme unserer Funktionen veranlassen, so werden wir sie nur da verwenden können, wo noch ein gewisser Kräftevorrat vorhanden ist, die Fähigkeit, die geforderte Mehrarbeit zu leisten. Man kann auch nicht wahllos See- oder Höhenklima verordnen, denn trotz vieler Gemeinsamkeiten ist ihre Wirkung auf das einzelne Individuum, wie sich gezeigt hat, doch keine gleiche. A priori können wir heute noch nicht sagen, bei wem das eine sich wirksamer erweisen wird als das andere oder überhaupt wirksam.

II. Medicin.

Ueber Tuberkulose. Von v. Behring. (Vortrag geh. i. Verein f. innere Medizin zu Berlin. 18. Januar 1904.)

v. Behring sprach im Berliner Verein für innere Medizin über den neuesten Stand seiner auf die Bekämpfung der Schwindsucht gerichteten Bestrebungen. Er knüpfte zum Teil an seine bereits auf dem Naturforscherkongress in Kassel gemachten Mitteilungen an, welche in der Säuglingsmilch die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung sehen. Der Krankheitskeim dringt mit der Kuhmilch vom Darm des Säuglings aus in den Körper, zunächst in die Lymphbahnen, dann in das Blut und in die Atmungsorgane, also die Lungen, ein. Wie bereits auf dem Kasseler Kongresse, so führte Behring auch diesmal wieder aus, daß er unter gewöhnlichen Verhältnissen eine Infektion durch Inhalation für ausgeschlossen erachte. Die in neuester Zeit häufig vertretene Auffassung, daß z. B. durch den Gebrauch von Leihbibliotheksbänden, Akten u. s. w. Tuberkulose verbreitet werde, hält Vortr. für ganz unerwiesen. Auch von einer Disposition, einer Schwindsuchtsanlage in dem herkömmlichen Sinne will er nichts wissen. Zur Entstehung der menschlichen Lungenschwindsucht ist freilich eine gewisse Disposition erforderlich, aber nur im Sinne einer Disposition, die im Säuglingsalter durch den Genuß von Milch erworben ist. Die Bekämpfung der Tuberkulose muß daher schon beim Kinde einsetzen. Es muß alles geschehen, um den Bazillenimport in den Mund des Säuglings zu verhüten. Wie soll man aber die Milch selbst behandeln? Das Abkochen hält B. in der ersten Lebensepoche für unzweckmäßig oder gar für schädlich; dagegen empfiehlt er, die Milch unmittelbar nach ihrer Gewinnung mit einem geringen Formalinzusatz zu versehen,

Digitized by Google

welcher alle Bakterien in ihrer Entwicklung hemmt, ohne die wirksamen Milchbestandteile zu zerstören. Dieses Verfahren hat sich in der Tierpraxis bereits glänzend bewährt, und Behring glaubt, die Ergebnisse der tierexperimentellen Erfahrungen auch für menschliche Säuglinge nutzbar machen zu können. — An den Vortrag schloß sich eine kurze Diskussion, an der sich die Professoren B. Fränkel und A. Baginsky beteiligten. Beide wandten sich gegen die von Behring aufgestellte Theorie der Schwindsuchtsentstehung. Nach amtlichen statistischen Angaben hat — so führte Professor Fränkel aus — die Tuberkulose in der letzten Zeit erheblich abgenommen, und das zeigt, daß die bisher geübte Vorbeugungsmethode auf dem richtigen Weg gewesen ist. Die Behringsche Theorie würde den Kampf in ganz andere Bahnen drängen. Der von Behring vertretenen Auffassung stehen wichtige Bedenken gegenüber. Man findet gerade bei Kindern die Lymphdrüsen im Bereiche der Bauchhöhle ungleich seltener erkrankt, als die im Gebiete der Brusthöhle; das spricht gegen die ausschießliche Infektion vom Darm aus. Professor Fränkel hat im Verein mit Professor Guttstadt eine Statistik aus den letzten vier Jahren über die Ernährungsweise der in Berlin verstorbenen Säuglinge aufgestellt. Es ging daraus hervor, daß die Tuberkulose bei so kleinen Geschöpfen überhaupt selten vorkommt, daß aber jedenfalls etwa ebenso viele Brustkinder daran starben, als künstlich ernährte, was gegen die Behringsche Annahme von der Gefährlichkeit der Kuhmilch im Säuglingsalter sprechen würde. Fränkel hält gleich anderen hervorragenden Forschern an der Inhalationstuberkulose als der häufigsten Entstehungsart fest. Auch Professor Baginsky bezweifelt auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen als Kinderarzt die Richtigkeit der von Behring aufgestellten Theorie. In seinem Schlusswort sucht Professor v. Behring die Einwände seiner Gegner in sachlicher Weise zu widerlegen. Die Tatsache, daß Kinder in der frühesten Zeit ihres Lebens so selten an Tuberkulose sterben, erklärte er mit dem Hinweis, daß es oft Jahre und Jahrzehnte dauert, bis die im Säuglingsalter erworbene tuberkulöse Ansteckung zur offenkundigen Krankheit, zur Schwindsucht, wird.

Die Palpation des Abdomens im warmen Bade. Von Prof. Dr. G. Sticker in Gießen. Die Palpation der Baucheingeweide und ihrer Veränderungen findet bekanntlich bei vielen Pat. bedeutende Schwierigkeiten. Große Empfindlichkeit gegen Berührung und Druck, unwillkürliche Anspannung der Bauchpresse, Fettreichtum der Bauchdecken können das Eindringen und Tasten in die Tiefe auch der geschicktesten Hand sehr erschweren und sogar unmöglich

Digitized by Google

machen. In manchen Fällen genügt die Entspannung der Bauchdecken durch Hochlagerung des Nackens und der Knie, um die Palpation zu erleichtern; in anderen entschließt sich der Arzt zur Vornahme der Chloroformnarkose; Gustav Simon hat sich nicht gescheut, unter Zerreißung des Afterschließmuskels durch die ganze Länge des absteigenden Dickdarmes in die Tiefe der Bauchhöhle einzudringen. Als letztes Mittel, die Austastung der Bauchhöhle zu ermöglichen gilt die Probelaparatomie, die ein sehr gewöhnliches Unternehmen geworden ist.

Seit länger als einem Jahrzehnt wendet St. ein Mittel an, das die nicht ungefährliche Narkose und den ebenso wenig ungefährlichen Bauchschnitt in den weitaus meisten Fällen überflüssig macht. Es besteht darin, daß er die zu Untersuchenden in ein warmes Vollbad legt. Damit hat er sowohl sich selbst als auch Kollegen und Schülern in zahlreichen Fällen krankhafte Verlagerungen und Anheftungen der Baucheingeweide, Vergrößerungen und Schrumpfungen der Leber, der Milz, der Nieren, Steinbildungen in der Gallenblase und im Nierenbecken, Exsudate, Narbenstränge, Tumoren tastbar gemacht, die vorher nur undeutlich oder gar nicht zu fühlen waren.

Die erste Mitteilung über dieses Verfahren machte St. in einem Vortrag: „Ueber die Therapie, insbesondere die Abortivtherapie der Gallensteinkrankheiten" (mittelst Belladonnaextrakt oder Atropin), welcher in der Wiener klin. Wochenschrift vom Jahre 1891 (No. 50 und 51) gedruckt worden ist. Es heißt hier: „Die Steine in der Gallenblase sind durch die Bauchdecken hindurch weit öfter tastbar, als für gewöhnlich angenommen wird, und zwar unter Anwendung eines kleinen Kunstgriffes, den ich überhaupt bei der Untersuchung der Kontenta des Abdomens angelegentlich empfehlen möchte, weil er dieselbe auf eine geradezu überraschende Art erleichtert. Der Kunstgriff besteht darin, daß man die Palpation im Vollbade ausführt. Ich weiß nicht, ob bereits jemand auf die außerordentlichen Vorteile dieser Untersuchung hingewiesen hat. Ich lernte sie besonders an einem Kranken kennen, dem ich wegen heftiger Koliken warme Bäder verordnet hatte und dessen Leib ich zufällig im Bade betastete. Während es mir vorher, trotz des Fehlens besonderer Muskelanspannungen von seiten des Kranken nie gelungen war, mit der Palpation zu irgend einem Organe der Bauchhöhle vorzudringen, kam mir jetzt ohne weiteres ein Tumor in der Tiefe des rechten Hypochondriums unter die Finger, den ich, weil einige Tage später mit der Ausscheidung eines massenhaften Uratmörtels im Urin die Koliken aufhörten und der Tumor sich verkleinerte, um später ganz zu schwinden, für das prall gefüllte rechte Nierenbecken

Digitized by Google

halten mußte. Vielleicht ist die Untersuchung im Vollbade geeignet, hier und da eine Probelaparotomie zu ersetzen."

Die Veranlassung für St., auf die Palpation im Vollbade nochmals aufmerksam zu machen, ist die wiederholte Erfahrung, daß seine Methode in weiteren Kreisen unbekannt geblieben ist und viel zu wenig angewendet wird. — (Centralblatt für innere Med. 9. 04.)

Zur Behandlung der beginnenden cerebralen Arteriosklerose empfiehlt Erlenmeyer nach dem Vorbilde Huchards („Deutsche Med.-Ztg.", 1904, Nr. 9 u. 10) eine länger dauernde und in angemessenen Zwischenräumen wiederholte Jodkur. Er gibt nicht Jodkalium allein, sondern Jodkalium und Jodnatrium zu gleichen Teilen. Zur Verhütung des Jodismus empfiehlt er, mit den Jodsalzen „einzuschleichen". Er beginnt mit Kal. jodat. und Natr. jodat. aa. 1,0 : 240,0 Wasser und läßt von dieser (0,83%ige) Lösung 3mal täglich 20 cm^3 nehmen, also 3mal 0,17 Jodsalze oder rund 0,5 im Tage. Jede folgende Verordnung wird um je 1,0, also zusammen 2,0 Jodsalze gesteigert, so daß also die zweite Flasche 4,0, die dritte 6,0, die zehnte 20,0 (= 8,3%) Jodsalze enthält. Auf diese genau zehnfache Steigerung der ersten Dosis kommt der Kranke also am 37. Tag der Kur, am 40. Tage hat er 10 Flaschen mit susammen 110,0 Jodsalzen eingenommen. Mit besonderem Nachdruck befürwortet E. die prophylaktische Kur, welche bei einer in so erstaunlicher Zunahme begriffenen Erkrankung, wie die Arteriosklerose, und bei ihrem heimtückischen Charakter, der die ersten Prodrome so leicht übersehen oder mißdeuten läßt, dringend geboten ist. Wenn irgendwo, so heiße es bei der Behandlung der Arteriosklerose: Principiis obsta.

Beitrag zur Behandlung von Ergüssen in die einzelnen Körperhöhlen mit Ichthyol. Von Dr. Franz von Kluczycki. (Medicinisch-chirurgisches Centralblatt, Wien.) Dr. Rohden-Lippspringe hat ein neues Ichthyolpräparat darstellen lassen, — Ichthyolsalizyl. — In diesem Präparat kommen die absorbierenden entzündungswidrigen Eigenschaften der beiden Komponenten Ichthyol und Salizyl zur Geltung, außerdem antiseptische auflösende und zerteilende Eigenschaften, denen zufolge bei Skrophulose, Tuberkulose, Lupus, Psoriasis, sowie bei andern dermatologischen und gynäkologischen Prozessen sehr wesentliche Besserungen, selbst Heilungen erreicht wurden. Insbesondere treten diese Erfolge zu Tage in der Verbindung des Ichthyolsalizyls mit mit dem Lebertranseifenbalsam „Dermosapol", einer außerordentlich resorbierbaren Salbenbasis, welche durch die Krypten der Hauttalgdrüsen sofort in die Lymphe und den Blut-

Digitized by Google

strom zur Deponierung in allen Geweben des Körpers aufgenommen wird. Für den innerlichen Gebrauch empfiehlt Rohden das Ichthyolsalizyl in Pillenform und wird dieses unter dem Namen Ichthyolsalizyl-Resorptionspillen (Marke „Valenta" — kurz Valentapillen) in den Handel gebracht. Es werden dargetellt Originalvalentapillen mit 0,2 Ichthyolsalizyl, ferner Ichthyolsalizylhetolpillen, Ichthyolsalizylatoxyl- (fast ungiftiges Arsen) pillen, Ichthyolsalizyllithionpillen. Rhoden hat die Originalvalentapillen insbesondere bei Lungentuberkulose in ca. 500 Fällen verwertet und nachhaltige Erfolge bei frühzeitigem und lange genug fortgesetztem Gebrauch erzielt. Der selbst monatelange Gebrauch ist bei der absoluten Ungiftigkeit des leicht verdaulichen, appetitanregenden und stoffwechselsteigernden Präparates unschädlich. Das Ichthyolsalizyl tritt verhältnismäßig schnell auch vom Magen und Darmkanal in die Lymphgefäße und gelangt so ziemlich rasch in die Gewebe des Körpers. R. behandelte 51 Fälle mit Ichtnyolsalizyl-Resorpsionspillen. 19 Fälle von Rheumatismen (akute und gonorrh. mit Exsudatergüssen) 16 Pleuritiden (tub. und rheumatische seröse Ergüsse) 2 Fälle seröser Pericarditis, 4 Fälle von Parametritis und 10 Fälle von Peritonitis, selbständige Bauchfelltuberkulose und Tuberkulose der serösen Häute. Bei Rheumatismen lokal Ichthyolsalizyl-Dermosapol und innerlich 3mal täglich 1 bis 3—4 Pillen. Schon nach kurzer Zeit deutliche Abnahme der Druck- und Schmerzempfindlichkeit, nach 4 Tagen deutliches Zurücktreten der Gelenkschwellungen, nach ca. 3 Wochen Heilung. Bei der Behandlung der Pleuritiden (3mal täglich 3—4 Pillen) ging die Dämpfung bald zurück. Das Ichthyolsalizyl erwies sich von vorzüglicher Dauerwirkung. Bei einem 33jährigen Mann mit beginnender Lungentuberkulose und beiderseitigen Pleuraexsudaten wurde ein außerordentlich schneller und nachhaltiger Erfolg erzielt durch die kombinierte Methode: Inunktionskur mit 10% Ichthyolsalizyldermosapol und innerl. Verabreichung von 3mal täglich je 3 Pillen. Die Exsudate waren nach 14tägiger fortgesetzter Therapie verschwunden und nach weiterem vierwöchentlichen Gebrauch der Pillen konnte der Kranke als geheilt entlassen werden. In allen Fällen war das Verhalten des Urins von ausschlaggebender Bedeutung. Die Verhältnisse waren gewöhnlich die, daß schon am 3. Tage nach Beginn der Ichthyolsalizylmedikation (innerlich und äußerlich) die Urinmenge auf 1000 ccm stieg und im Verlaufe der ersten 8—10 Tage normale und selbst übernormale Werte (bis 3000 cm) erreicht wurden. Die regelmäßige Resorption der krankhaften Ergüsse trat stets mit zunehmender Urinmenge ein. — Sowie das Ichthyolsalizyl im Verlauf der Behandlung ausgesetzt wurde, stieg die Größe der Exsudate und die Abnahme der Harnmenge.

Digitized by Google

Bei erneutem Einsetzen der Medikation und entsprechend lange genug fortgesetzter Verabreichung trat indess sofort wieder das umgekehrte Verhältnis bis zum Verschwinden der Exsudate ein. R. tritt daher mit Ueberzeugung dafür ein, daß im Ichthyolsalizyl zumal, kombiniert angewandt, innerlich in der Valenta-Resorptionspillenform, äußerlich als Ichthyolsalizyl-Dermosapol ein nicht zu unterschätzendes therapeutisches Agens gewonnen ist zur erfolgreichen Verwendung bei Exsudationen der verschiedensten Natur in die verschiedenen Organe des Organismus und empfiehlt die Ichthyolsalizylpräparate (dargestellt in dem chem. Laboratorium von Apoth. W. Lakemeier, Engel-Apoth. Mülheim a. d. Ruhr) aufs angelegentlichste. —

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Frakturenbehandlung mit Drahtnaht ist in letzter Zeit mehrfach in Veröffentlichungen und wissenschaftlichen Vereinigungen zur Diskussion gekommen. Zu den bisher üblichen Methoden der Fixation und Extension gebrochener Knochen gesellt sich seit Beginn der aseptischen Aera die primäre Vereinigung der Frakturenden mit Drahtnaht und Verschraubung. Für den praktischen Arzt, der sich häufig einer Fraktur gegenübergestellt sieht, ist es von Wichtigkeit zu wissen, wieweit heutzutage die Frage der Indikationsstellung spruchreif ist, denn es darf als feststehend erachtet werden, daß, wie Gips und Heftpflaster zur Domäne des praktischen Arztes gehören, die primäre Fixation mit Draht, jene aseptischste der aseptischen Operationen nur im Krankenhaus ausgeführt werden kann. Auf die Besprechung dieser Frage lenkt uns ein eben erschienener Aufsatz von Geißler, welcher unter der Bezeichnung „Aequilibriermethohe“ eine Behandlung von Humerusfrakturen, speziell in der Nähe des Ellbogengelenkes, mittels Schwebestreckverband beschrieb. Bei allen Fragen der Indikationsstellung (cf. Appendicitis, Ulcus ventriculi, Pustula maligna etc.) sind die Chirurgen in drei Lager geteilt, die radikalen, die konservativen und die gemäßigten. Alle drei Parteien sind selbstverständlich fortschrittlich. Hauptführer der radikalen Partei ist der Vertreter der englischen Schule Arbuthnot Laue, der auf dem vorletzten Chirurgenkongreß mitteilte, wie er dazu gekommen sei, jetzt fast alle Frakturen primär mit Silberdraht zu vernähen oder zu verschrauben. „Operationen an frischen Knochenbrüchen sind ein einfaches Kinderspiel im Vergleich mit denen, welche schlecht oder mangelhaft eingerichtet sind.“ Laue stieß auf mehrfachen Widerspruch.

Digitized by Google

Völker, Körte, König jun., Bier, Henle, Schlange sprachen sich sehr gemäßigt aus und entscheidend war das abweisende Urteil Bardenheuer's, des Meisters der Extensionsbehandlung, welcher ultrakonservativ und doch mit Heilungsresultaten gewiß an der Spitze steht. Kocher faßte das Resultat der Diskussion zusammen — „es ließe sich bis zu einem gewissen Grade prinzipiell entscheiden, welche Frakturen für die Naht in Betracht kommen." Außer den komplizierten Frakturen wo eine Naht in der Behandlung oft sehr unterstützt, sind es Patella und Olekranon, welche, wenn gebrochen, fast immer der Fixation durch Naht bedürfen. Von den langen Röhrenknochen ist es meist die Tibia, wo bei dem bekannten Schrägbruch mit sehr langem Flötenschnabel einer Adaptation nur durch Extension oft große Schwierigkeiten begegnen; auch hier kann die primäre Naht in ihr Recht treten. Wer die Extension nicht so beherrscht wie Bardenheuer, wird bei Brüchen, die in der Nähe von Gelenken liegen oder in das Gelenk hineinreichen, wie dieses bei den Epiphysenfrakturen so oft vorkommt, nähen müssen. Daß Bardenheuer mit vollem Erfolg auf primäre Drahtnaht verzichten darf, lehrt die letzte Veröffentlichung seines Assistenten Grässner. Die suprakondylären Brüche, welche nach Körte sich oft so gestalten, daß das untere Bruchstück mit der Gelenkfläche hinter dem oberen Bruchstück steht, wodurch das obere nach vorn herausstehende Ende leicht ein Hindernis für die Beugung bildet, sind schwer zu adaptieren, deshalb empfiehlt Körte wie viele andere Autoren die primäre Naht. Nicht so Grässner und, wie eingangs erwähnt, Geißler. Ersterer extendiert in drei Richtungen und erzielt vollen Erfolg; Geißler legt einen nur bis dicht über die Frakturstelle reichenden Gipsverband an und läßt den oberen Rand durch sinnreich angebrachte Gewichte mit permanentem Druck das prominente Knochenende an seine Stelle drücken. Die sehr instruktiven Zeichnungen zur Technik der Knochennaht mit Silberdraht von Dr. Grisson sind im Zentralblatt für Chirurgie (11. 04) nachzusehen. Solche schönen Methoden bleiben leider wie die Drahtnaht Gebiet des erfahrenen Chirurgen.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Indikation und Technik der Wendung. Von G, Vogel, Aachen (Dtsch. Kl.) Drei Fragen sind es vor allem, die bei der Wendung klar und scharf beantwortet werden müssen: die nach der Möglichkeit, nach der Art und nach dem Zeitpunkt, wo die Wendung am besten ausgeführt

Digitized by Google

wird. Bezüglich der ersten Frage ist zu bemerken, daß die Wendung niemals zu versuchen, ja ganz unerlaubt ist, wenn sie Gefahr für die Mutter bedeutet; in diesem Falle ist stets die Embryotomie und Craniotomie vorzuziehen. Die zweite Frage hat im Gegensatze zur klinischen Behandlung mit der Tatsache zu rechnen, daß der praktische Arzt diejenige Methode zu wählen hat, die ihn möglichst sicher und schnell zum Ziele führt, da er nicht oft in der Lage ist, allzulange bei der Kreissenden zuwartend zubringen zu können. Drittens endlich soll die Wendung, ob äußerlich oder kombiniert, so bald wie angängig, vor dem Blasensprung möglichst, geschehen, die innere auf den Fuß erst dann, wenn die Weichteile so erweitert sind, daß die Extraktion sofort angeschlossen werden kann; im andern Fall sind Colpeuryse und Metreuryse der Wendung vorauszuschicken.

I. Die Wendung auf den Kopf wird fast nur als lageverbessernde Operation aus Quer- und Schieflagen gemacht und zwar als äußere und als kombinierte. Meist kommen Erstgebärende dabei in Betracht, bei denen man die innere Wendung möglichst vermeiden soll.

Die Vorbedingungen zur Operation sind folgende: 1. Nach vollzogener Wendung muß die Geburt von selbst vor sich gehen können. 2. Das Becken muß also hinreichend weit sein, um den vorangehenden Kopf passieren zu lassen (ein plattes Becken muß also mindestens 9—9¼ cm Conj. vera aufweisen). 3. Die Wehen müssen gute sein; um sie zu verbessern, sprengt man gleich nach vollzogener Wendung die noch stehende Blase. Das Kind wird dann in seiner neuen Lage fixiert. Daneben kann man noch halbstündlich 8 Tropfen Ergotin bis zu 48 Tropfen insgesamt geben. 4. Es darf nichts vorgefallen sein, weder Hand, noch Arm, noch Nabelschnur; eine Reposition ist gar nicht erst zu versuchen. 5. Es darf keine Placenta praevia vorliegen, weder eine marginalta noch eine tiefsitzende Placenta. 6. Das Kind muß noch eine gute Beweglichkeit haben, d. h. die Blase muß möglichst noch stehen und das Fruchtwasser ziemlicn copiös sein. Fruchtwassermangel bei Querlage macht oft die Wendung auf den Kopf ganz unmöglich, ebenso Uterus arcuatus oder zu kurze oder umschlungene Nabelschnur. Man achte darum stets, wenn sich Schwierigkeiten bei der Wendung auf den Kopf einstellen, auf die kindlichen Herztöne und stehe lieber von dieser Operation ab, wenn die Schwierigkeiten wesentlicher Natur sind.

Indicationen für die Wendung auf den Kopf sind also in erster Linie Quer- und Schieflagen Estgebärender. Dann allgemein gleichmäßig verengtes Becken bei Erst- und Mehrgebärenden; plattes Becken mit guten Wehen bei Erst-

Digitized by Google

gebärenden; Schieflage kombiniert mit Hydramnion, Frühgeburten bei sonst normalem Becken.

Hinsichtlich der Technik ist zu bemerken, daß es nicht erforderlich ist, wie einige Autoren empfehlen, die Wendung schon in der Gravidität zu machen; schon aus dem Grunde nicht, weil meist in den letzten Wochen oder mit Eintritt der Schwangerschafts- oder Geburtswehen die Querlage durch Selbstwendung korrigiert wird. Die Operation paßt vielmehr am besten für den Beginn der Geburt.

Blase und Darm sind zu entleeren. Zur äußeren Wendung wird die Frau auf die Seite des abgewichenen Teiles gelegt. Man umfaßt dann den Kopf mit Daumen und Zeigefinger und drückt ihn in einer Wehenpause über den Beckeneingang, wo man ihn fixieren läßt, während inzwischen die andere Hand den Steiß in den Fundus geschoben hat. Man sprengt dann sogleich die Blase. Zur combinierten Wendung auf den Kopf sucht man mit zwei Fingern durch den Cervix bis an die Blase (bei erstgebärenden ev. in Narkose) vorrückend und mit der andern Hand den Kopf nach unten drängend, denselben vorsichtig ohne die Blase zu verletzen, weiterzuschieben, während die Hebamme den Steiß in den Fundus schiebt. Eine vorliegende Schulter soll die äußere Hand wegdrängen; bei vorliegender oder vorfallender Nabelschnur stehe man jedoch von dieser Wendung ab und lege einen Colpeurynter in die Scheide.

Liegt der Kopf nun breit über dem Becken, so sprenge man wieder sofort die Blase, presse dann den Kopf fest in das Becken, damit das Wasser nicht zu schnell abfließt. Der Uterus wird sich dann fest um das Kind legen und bald gute Wehen sich einstellen.

II. Die Wendung auf den Fuß ist entweder eine combinierte nach Braxton Hicks oder eine innere.

Für die combinierte Wendung auf den Fuß gilt als Vorbedingung 1. Durchgängigkeit des Muttermundes und des Cervix für zwei Finger; 2. eine genügende Beckenweite, also weder ein allgemein gleichmäßig verengtes, noch ein plattes Becken darf vorliegen; 3. muß die Operation ohne Gefahr für die Mutter möglich sein, d. h. es darf keine Ruptur drohen.

Indicationen sind vor allem Querlage bei verstrichenem Muttermund und stehender Blase, Querlage des zweiten Zwillings oder bei Hydramnion. Dann ein Mißlingen der äußeren oder combinierten Wendung auf den Kopf bei Erstgebärenden. Gefährliche Zustände der Mutter, Eclampsie, vorzeitige Placentalösung, Uterusruptur, schwere Infektion der Mutter, uncompensierter Herzfehler, die eine schleunige Entbindung ohne Rücksicht auf das Kind fordern. Vorfall der Nabelschnur bei Kopflage und nicht völlig erweitertem Muttermund, wenn die Reposition nicht gelingt. Die wich-

Digitized by Google

tigste Indication bildet aber die Plac. praevia, denn hierbei wird durch die Tamponade mit dem Steiß nach der Wendung die unvermeidliche Blutung gestillt. Indessen entsteht hier der combinierten Wendung eine ſcharfe Konkurrenz in der Metreuryse und V. kommt zu dem Schluß, daß die intrauterine Ballonbehandlung in der Therapie der Pl. pr. ihre volle Berechtigung neben der kombinierten Wendung hat und letzterer u. a. sogar vorzuziehen ist, daß sie aber nur dann in Betracht kommt, wenn für beste Antisepsis garantiert ist und das Kind ganz sicher vollreif und noch ganz friſch ist.

Technik bei Querlage: Nach Entleerung der Blase und ev. in Narkose geht man mit der eingefetteten Hand in die Scheide und legt zwei Finger möglichst hoch über dem Muttermund an die Eiblase, drängt in Wehenpause den Steiß den innen liegenden Fingern entgegen und den Kopf zugleich nach oben. Sobald man den Fuß fühlt, sprengt man die Blase, faßt den Fuß hakenförmig und leitet ihn fest anziehend in den Cervix. Bei Plac. praevia lateral. durchbohre man die Placenta lieber langsam (um nicht große Gefäße zu verletzen), wenn man seitlich nicht bald an Eihäute gelangt. Bei Kopflage ist es besser, das Kind erst in Querlage zu bringen, dann erst die Hand einzuführen und zu wenden. Man sprenge die Eihäute erst dann, wenn der Kopf nahe dem Fundus steht.

Die Prognose der combinierten Wendung ist, abgesehen von der bei Plac. praev. eine günstige. Die Hauptgefahr für die Mutter würde darin bestehen, daß etwa die Extraktion bei noch nicht hinreichend erweiterten Weichteilen angeſchlossen werden könnte.

Die innere Wendung auf den Fuß findet statt aus Querlage und aus Kopflage.

Aus Querlage ist sie meist indiciert bei Mehrgebärenden; bei Erstgebärenden erst dann, wenn die kombinierte Wendung auf den Kopf und den Fuß mißlang, denn es kommt hier nicht selten zu ausgedehnten Verletzungen, Cervixrissen, die das Leben der Mutter bedrohen. Muß man aber innerlich wenden, so gebrauche man vorher in ausgedehnter Weise die Metreuryse und Colpeuryse und halte Dührssenſche Büchsen bereit, da an Naht in der Praxis meist nicht zu denken ist.

Vorbedingungen für die innere Wendung aus Querlagen sind: 1. Der Cervicalkanal muß verstrichen, desgleichen der äußere Muttermund verstrichen sein; im andern Fall ist der Metreurynter anzuwenden. 2. Das Becken darf nicht zu enge sein, d. h. bei ausgetragenem Kinde nicht Conj. vera unter 6 cm bei plattem Becken, $6\frac{1}{2}$ cm bei allgemein gleichmäßig verengtem Becken; wenigstens muß der ev. perforierte

Digitized by Google

Kopf passieren können. Dringend ist vor dem Versuch zu warnen, den Kopf dann unzerkleinert durch das Becken zu ziehen. 3. Es darf keine Uterusruptur drohen; in diesem Falle ist ohne weiteres zur Embryotomie zu schreiten. Besonders gilt dies, wenn die Schulter tief eingekeilt und ein Arm vorgefallen ist, so daß es unmöglich ist, in den Uterus zu gelangen. Man hüte sich aber ja, den vorgefallenen Arm zunächst zu exarticulieren. Er bildet vielmehr eine gute Handhabe zur Entwickelung des Rumpfes.

Technik der inneren Wendung aus Querlage: Die Frau liegt in Rückenlage auf dem Querbett. Bei Erstgebärenden ist tiefe Narkose ev. auch vorausgehende Colpeu- und Metreuryse nicht zu entbehren. Bei I. Querlage, also Kopf links geht die linke Hand; bei II, Kopf rechts, die rechte Hand ein. Ueber die Wahl des Fußes, über die viel gestritten wird, äußert sich V. derart, daß man bei dorsoanteriorer Querlage den unteren, bei dorsoposteriorer den oberen zu fassen suchen möge. Bei irgend welcher Schwierigkeit jedoch nehme man den ersten, den man fassen kann, ziehe dann vor allem den Fuß stark nach hinten nach der Kreuzbeinhöhlung, nie nach der Symphyse zu. Gelingt es nicht, an einen Fuß zu kommen, so ergreife man ein Knie, hakt mit dem Finger in die Kniekehle und sucht in Wehenpause das Bein vorsichtig zu strecken. Ein vorgefallener Arm wird angeschlungen, vorgefallene Nabelschnur wird nicht reponiert, jedoch vor Druck möglichst bewahrt.

Aus Kopflage erfordert die innere Wendung dieselben Vorbedingungen, jedoch muß das Becken so weit sein, daß der nicht perforierte Kopf durchgeht. Unter $7^{3}/_{4}$ Conj. vera ist also nicht zu wenden. Bei Erstgebärenden ist diese Wendung überhaupt besser zu vermeiden.

Als Indikationen gelten plötzliche Gefahren für Mutter und Kind, speziell Stirnlage, Gesichtslage mit dauernd nach hinten gerichtetem Kinn, Hinterscheitelbeineinstellung, vorliegende Nabelschnur, Blutungen aus teilweiser Lösung der normal sitzenden Placenta, Plac. praevia, Blutung aus Insertio velamentosa completa, Uterusruptur, Mißbildung des Kindes, verzögerte Geburt des zweiten Kindes.

Prophylaktisch kommt die Wendung in Betracht bei gewissen Formen und Arten des engen Beckens und zwar bei Beckenverengerungen mittleren Grades, vor allem dem platten Becken.

Die Technik der inneren Wendung aus Kopflage ist insofern schwieriger als die aus Querlage, als es zuweilen recht schwierig ist, den fest eingekeilten Kopf zurückzudrängen. Die notwendige ganze Drehung des Kindes ist durch den fest anliegenden, häufig tetanisch kontrahierten Uterus nach dem Wasserabfluß äußerst erschwert. Die

Digitized by Google

Wendung geſchehe mit der Hand, deren vola der Bauchseite des Kindes gegenüberliegt, also bei I. Kopflage der linken, bei II. der rechten. Man erfasse den vorderen Fuß, der hinter die Symphyse kommt, also bei I. Lage mit der linken Hand den rechten Fuß, bei II. Lage mit der rechten Hand den linken Fuß. Nach der Wendung warte man ein bis zwei Wehen ab, sehe nach, wie sich das Kind einstellt und ſchreite dann sofort zur Extraktion.

Als vorbereitendes Hülfsmittel für die Wendung dürfte nach V. auch in der geburthilflichen Außenpraxis die Ballonbehandlung öfter als bisher Anwendung finden. Die Metreuryse kommt in Betracht: 1. bei Frühgeburten zur völligen Erweiterung des Muttermundes, 2. zur Beſchleunigung der Geburt und Anregung von Wehen, 3. unter Umständen bei Plac. praevia, 4. um bei Querlagen die Blase möglichst lange zu erhalten.

Die Colpeuryse: 1. zur Dehnung der Scheide bei Erstgebärenden, 2. zur Anregung stärkerer Wehen, 3. zur Verhütung vorzeitigen Blasensprungs. L.

Gonorrhoe im Wochenbett. Von Dr. Lepman, Frauenarzt in Stuttgart. (Monatsſchr. für Harnkrankheiten. I. 04.) Nachdem ſchon frühere Forſchungen über die weittragende Bedeutung Aufſchluß gegeben haben, welche für die Frau mit der Gonorrhoe verbunden ist, haben erst neuere Untersuchungen es sicher festgestellt, daß unter den Gelegenheitsursachen, welche dem Tripper eine derartige Rolle in der Pathologie der weiblichen Genitalsphäre verſchaffen, neben der Menstruation hauptsächlich das Puerperium in Betracht kommt. Es ist bekannt, daß die Cervix uteri eine Praedilektionsstelle für die Gonokokken ist und daß sie bei Gonorrhoe der Vagina in der Hälfte der Fälle miterkrankt — sei es, daß sie primär bei der Cohabitation mitinficiert wird, sei es, daß sie erst sekundär durch den infektiösen Vaginalſchleim, in den der äußere Muttermund fortwährend eintaucht, die Keime erhält. Ob man nun den inneren Muttermund als eine physiologiſche Stenose betrachten will, die die mechaniſche Verſchleppung einſchränkt oder ob man chemotaktiſche Gründe annimmt, die den Gonokokken das Ueberſchreiten des inneren Muttermundes erſchweren oder wie man auch sonst diese Erſcheinung erklären will — die kliniſche Beobachtung lehrt die Tatsache, daß im allgemeinen das Os internum uteri zunächst der Ausbreitung der Gonorrhoe eine Schranke setzt. Diese Schranke verliert jedoch während der Menstruation an Wirkung, wenn das Orificium internum gelockert ist, die Mucosa geſchwellt und so direkt mit der infizierten Cervixſchleimhaut in Berührung

Digitized by Google

kommen kann. Außerdem ist es möglich, daß bei Druckschwankungen im Abdomen oder bei plötzlichen Erschlaffungen der Uterusmuskulatur das menstruelle Blut in die Uterushöhle zurücktritt und dabei die Infektionskeime zurückschwemmt. Als weiterer Infektionsmodus ist auch sicherlich die Möglichkeit anzuerkennen, daß besonders gegen Schluß der Menstruation das stagnierende Blut den Nährboden abgibt, auf dem die Gonokokken durch fortgesetzte Teilung sich rasenartig bis in das Corpus ausbreiten. Man sieht ja hauptsächlich im Anschluß an die Menstruation die schweren Erscheinungen auftreten, die mit dem Uebergreifen des gonorrhoischen Prozesses auf Corpus und Adnexe verbunden. Genau wie das Uebergreifen von der Cervix auf das Corpus durch den inneren Muttermund beeinflußt ist, so ist dies auch vom Corpus auf die Tuben der Fall — im allgemeinen spielen auch hier Gelegenheitsursachen mit, ohne jedoch damit auszuschließen, daß eine frische Gonorrhoe beide Grenzen in einem Zuge überspringt und den ganzen Genitaltraktus auf einmal ergreift.

Die Erscheinungen, die nun die Gonorrhoe zunächst in der Gravidität und dann hauptsächlich im Wochenbett hervorruft, sind verschiedener Art. Abgesehen von frischen Infektionen während der Gravidität, die ganz besonders heftige Krankheitserscheinungen hervorrufen — wohl infolge der durch die Durchfeuchtung und Lockerung der Epithellager begünstigten Invasion der Bakterien — handelt es sich in der größten Mehrzahl der Fälle um oft schon jahrelang bestehende chronische Gonorrhoe, die früher einmal stärkere Symptome verursacht hat und später in der Cervix einen lokalen Entzündungsprozeß mit so geringen Symptomen unterhalten hat, daß die wenigsten der Frauen überhaupt wissen, daß sie krank sind. Daß die chronische Gonorrhoe, sofern sie noch nicht die oberhalb des Corpus befindlichen Teile in Mitleidenschaft gezogen hat, weder zur Sterilität, noch zum Abortus Veranlassung geben, ist sicher erwiesen. Es ist vielmehr den Tatsachen entsprechend, daß bei bestehender chronischer Gonorrhoe des Corpus die Gonokokken, die sich in der Decidua befinden, bei der Verwachsung der beiden Blätter zu Grunde gehen, ohne irgendwelchen Einfluß auf die Schwangerschaft zu haben. Daß jedoch die Gravidität häufig einen verschlimmernden Einfluß auf eine bestimmte Gonorrhoe hat, ist außer allem Zweifel. Frühinsholz und Audebert kamen an der Hand sehr ausgedehnter Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die Gravidität häufig eine latente Gonorrhoe manifest und eine manifeste ascendierend macht und dann auf diese Art event. auch einen Abortus hervorruft. Auch soll in der Schwanger-

Digitized by Google

ſchaft die Gonorrhoe nicht allzu ſelten eine Pyelonephritis verursachen.

So verſchiedenartig die Erſcheinungen nun sein können, die ſchon während der Gravidität durch die Gonorrhoe hervorgerufen werden, so fällt die Hauptbedeutung derselben doch erst in die Zeit des Puerperiums. Bumm, Kroner und andere wiesen zunächst nach, daß in der puerperalen Uteruswundhöhle die Gonokokken sich in rapidester Weise vermehren können. Ferner finden die in der Cervix vorhandenen Gonokokken im Lochialsecret einen vorzüglichen Nährboden, auf dem sie nicht nur der Quantität nach enorm gedeihen, sondern auch hinsichtlich ihrer Qualität, id est Virulenz. Man findet dieselben ſchon in den ersten Tagen post partum in den Cervixlochien massenhaft einzeln und in Haufen, auch wenn frühere sorgfältige Untersuchungen das Vorhandensein derselben beinahe zweifelhaft haben erſcheinen lassen. Das weit klaffende Orificium internum erleichtert das Aszendieren des Infektionsprozesses in die Uterushöhle, wobei als unterstützendes Moment die Geburtstraumen und die allgemeine Quetſchung der inneren Weichteile nicht zu vergessen sind, die die natürliche Ressistenz der Gewebe stark herabsetzen. Ist der Prozess einmal in der Uterushöhle, so bedeutet der Uebergang solch hochvirulenter Kokken auf die Tuben nur einen kleinen Schritt. Die klinische Erfahrung zeigt nun, daß die Invasion des Gonokokkus in die Uterushöhle noch kein Fieber zu bedingen braucht, so gut wie bei Anwesenheit von Streptokokken nicht notwendig Fieber vorhanden ist, und daß der Prozeß ohne Symptome zu machen und ohne weitere Verbreitung der Kokken wieder zurückgehen kann. Es ist dies besonders im Frühwochenbett der Fall, eigentümlicherweise zu einer Zeit, wo doch das Gedeihen der Gonokokken in voller Blüte steht. Bumm glaubt, daß Wöchnerinnen mit Cervixgonorrhoe überhaupt nicht, solche mit Uterusgonorrhoe, wenn überhaupt, so nur leicht und vorübergehend in den ersten 8 Tagen post partum fiebern und meint, daß höheres und langdauerndes Fieber zu dieser Zeit aus anderen Ursachen. so z. B. Miſchinfektion auftritt. Anders verhält sich die Sache im Spätwochenbett, wo an und für sich eine stärkere Neigung zum Aszendieren der Gonorrhoe besteht, sowohl von der Cervix auf das Corpus, als besonders von der ſchon im Corpus bestehenden Erkrankung auf eine Tube oder auch auf beide Tuben. In den nächsten Tagen und Wochen nach dem Aufstehen setzen plötzlich unter Fieber heftige Schmerzen und die Symptome einer akuten Bauchfellreizung ein und man findet bei der Untersuchung entweder nur eine Schwellung der einen oder beider Tuben oder ſchon ein Exsudat

Digitized by Google

hinter und neben dem Uterus, das seine Entstehung wohl meist einem aus dem gonorrhoischen Pyosalpinx durch irgend eine rasche Bewegung oder durch Pressen oder infolge frühzeitiger Kohabitation herausgedrückten Tropfen Eiter verdankt. Andererseits kann das Perisalpingium durch Fortleitung des in der Tube sich abspielenden Prozesses in Mitleidenschaft gezogen sein. Eigentümlich ist dieser Peritonitis gonorrhoica, daß sie nicht allgemein wird, sondern auf den Beckenabschnitt des Peritoneums beschränkt zu bleiben pflegt. Zum Unterschied von septischer Peritonitis fehlen die Erscheinungen der Darmlähmung, auch sind die Symptome der Intoxikation und des Collapses nicht ausgesprochen, das Sensorium bleibt frei, die Pulsfrequenz ist selten höher als 110, obwohl die Temperatur oft 40^0 und noch mehr erreicht. Die Prognose ist beim Fehlen accidentieller schwerer Erkrankungen quod vitam fast immer günstig, wenn auch infolge der Verwachsungen und der späteren narbigen Schrumpfungen oft die betroffenen Frauen ständig Beschwerden behalten, die sich dann besonders zur Menstruationszeit steigern. Von extragenitalen Erkrankungen ist die gonorrhoische Endocarditis im Wochenbett durch neuere Beobachtungen sicher festgestellt werden, auch müssen viele puerperale Rheumatismen auf Gonokokken zurückgeführt werden, ebenso wie puerperale Gonokokkenseptikaemie schon beschrieben worden ist.

Die Diagnose eines gonorrhoischen Prozesses im Wochenbett ist bei der Vieldeutigkeit der Symptome natürlich nicht die leichteste. Wenn jedoch eine sorgfältige und vor allem eine vorsichtige Anamnese wenn möglich auch des Ehemannes, ein positives Resultat ergibt, wenn eine Erkrankung, wie oben beschrieben, besonders unter mäßigem Fieber und besonders im Spätwochenbett entsteht, so ist es zunächst Pflicht, unter strenger Asepsis sich einen Tropfen Sekret aus der Cervix zu verschaffen und genau auf Gonokokken zu untersuchen. Das Fehlen einer Opthalmoblenorrhoe des Kindes ist kein Grund, den Verdacht fallen zu lassen.

Die Therapie erstreckt sich in Anbetracht der oben erwähnten begünstigenden Umstände zunächst auf absolute Bettruhe. Auch bei fieberlosem Verlauf soll die Frau, wenn der Verdacht auf Gonorrhoe besteht, mindestens 4 – 5 Wochen bis zur vollendeten Involution der Genitalien zu Bette liegen. Temperatursteigerungen erfordern eine noch längere Ruhelage. Bei keiner anderen Erkrankung ist so sehr vor einer Polypragmasie zu warnen, wie hier; intrauterine Spülungen oder gar Aetzungen sind durchaus zu verwerfen, da sie doch nie die Infektionskeime vernichten und höchstens das Gewebe schädigen, das bei guter Vitalität

Digitized by Google

dieselben am besten eliminiert, oder gar direkt in die Tuben befördern. Dagegen dürften Waschungen der äußeren Genitalien und auch vorsichtige Ausspülungen der Scheide unter ganz niedrigem Drucke mit einem ganz schwachen Desinfiziens, wie 2% Borsäure oder 1% Lysollösung den Wert haben, den Eiter und damit die ständige neue Infektionsquelle zu entfernen. Reizlose Diät, Eisblase, wenn sie ertragen wird, sowie die Sorge um regelmäßigen und weichen Stuhlgang werden ebenfalls beitragen, schwerere Komplikationen zu verhüten. Die vor einiger Zeit von Landau, Albert und Abraham empfohlene Hefetherapie scheint sich leider neueren Mitteilungen nach doch nicht zu bewähren — jedenfalls ist es für den praktischen Arzt vorerst nicht ratsam, damit zu arbeiten.

Schutz der Neugeborenen während der Abstossung des Nabelschnurrestes. Von Prof. F. Ahlfeld in Marburg. (Zentralbl. für Kinderheilkunde. 1904. Nr. 2.)

Die Hauptprinzipien seines Verfahrens sind: Bald nach der Geburt im Bade das Kind zu reinigen; den Nabelschnurrest auf das erlaubte Minimum zu kürzen, Nabelschnurrest und die Umgebung des Nabels mittelst Alkohol zu desinfizieren und mit reiner Verbandwatte und einer sauberen Nabelbinde einen Dauerverband anzulegen, der bei Unterlassung des täglichen Bades bis zum Abfall des Nabelschnurrestes liegen bleibt.

Man läßt das Kind nach dem Bade warm eingeschlagen zunächst liegen, bis die Mutter vollständig besorgt, außer Gefahr einer Nachgeburtblutung ist. Darüber mag eine Stunde und mehr vergehen.

Dann wird mit einem ½ cm breiten Leinenbändchen, das bis dahin in 3% Seifenkresol gelegen hatte, der Nabelschnurrest dicht über dem Kegel nochmals unterbunden und abgeschnitten.

Nach der Kürzung des Nabelschnurrestes wäscht man Nabelschnurrest und seine Umgebung mit 90%igem Alkohol, legt einen Bausch Verbandwatte auf die Nabelgegend und verbindet, wie üblich, mit einer sauber gewaschenen Nabelbinde. Dieser Verband wird — und das ist einer der wichtigsten Punkte des Verfahrens — in den ersten 8 Tagen nicht gewechselt, es sei denn, was bei Knaben leichter vorkommt, daß er durch Harn durchnäßt wird. Dann wechselt man die Nabelbinde, nimmt die nassen Teile der Watte weg und ersetzt sie durch frische.

Zweimal am Tage wird das Kind gewaschen, aber nicht gebadet. Man sieht, das Verfahren ist einfacher, als alle jetzt üblichen. Das Kind braucht nicht zweimal täglich ver-

Digitized by Google

bunden zu werden, und entgeht dadurch der Gefahr der Infektion durch die Hände der Hebamme. Den Einwendungen, daß 1. das dem Kinde nützliche Bad verweigert werde und 2. der Nabelschnurrest später abfalle, mißt Ahlfeld keinerlei Bedeutung bei.

Ueber Bandwurmkuren im Kindesalter. Von Gottfried v. Ritter. (Prager Mediz. Wochenschrift 1904/5.) „Wie die Dinge heute stehen," sagt Lenhartz, „muß jeder Arzt, der eine Bandwurmkur mit Filix mas unternimmt, auch bei Verwendung der üblichen Dosen dieses Mittels mit den Vergiftungserscheinungen und der Amaurose rechnen."

Vollends begreift sich dieser ablehnende Standpunkt, wenn es sich um Kinder handelt, welche toxischen Einflüssen auf die Darmschleimhaut viel leichter zugänglich sind als Erwachsene, und bei welchen man es im Falle eines Unglücks außer mit dem Patienten selbst und etwaigen gerichtlichen Folgen auch noch mit den begreiflichen Vorwürfen der Eltern zu tun bekäme.

Aus diesen Gründen hat man ein anderes ungefährliches Mittel, die Flores Kusso, gebraucht. Aber unter 28 Fällen, unter welchen 27 Taenia solium und eine Taenia mediocanellata sich befanden, wurde nur sechsmal der Scolex vorgefunden.

Im Februar l. J. begannen auf Anregung des Prof. Ganghofner die Versuche mit einem anderen Bandwurmmittel, nämlich einem von H. A. Jungclaussen in Hamburg dargestellten Extrakte aus Kürbiskernen. Das Mittel stellt eine dickliche, in der Wärme dünnflüssig werdende schwarzbraune Masse von sauerer Reaktion und nicht unangenehmem, an Fleischsaft Puro erinnerndem Geschmacke dar, wird schon seit 30 Jahren erzeugt und erfreut sich nach Mitteilung aus derselben Quelle bei Hamburger Aerzten großer Beliebtheit.

Vor zirka 10 Jahren hat Storch die Aufmerksamkeit auf dieses Mittel gelenkt. Er empfiehlt, die Cotyledonen samt dem Keime von 120, bei Kindern 60, 80—100 Kürbiskernen mit der gleichen Menge Zuckerkandiskristallen zu zerstoßen und dem Pat. dieses ganz angenehm schmeckende Mittel in einer Tasse Kakao zu verabreichen. Eine Stunde später wird Pulvis Jalappae compositus als Abführmittel gegeben. Unter 13 Kuren waren nur 2 Mißerfolge zu verzeichnen.

Im ganzen wurden mit dem Jungclaussen'schen Mittel 17 Fälle behandelt, und zwar 16 Fälle von Taenia solium und 1 Fall von Taenia mediocanellata. Unter diesen 17 Fällen befanden sich 2 Erwachsene und 15 Kinder. Die Altersstufen der letzteren bewegten sich zwischen 14 Monaten bis

Digitized by Google

9 Jahren. Unter diesen 17 Fällen hatte R. nur 3 vollständige Mißerfolge, in 3 anderen war der Erfolg insofern kein ganz befriedigender, als die Abtreibung des Scolex erst bei Vornahme einer zweiten Kur gelang. Die Zeit zwischen Einnahme des Mittels und Expulsion des Wurmes schwankte swischen 5 und 10 Stunden. Das Mittel machte keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Nach dem Urteile der zwei Erwachsenen hatten diese nachher und während des Einnehmens nicht die geringsten Beschwerden, trotzdem bei beiden die Kur zweimal gemacht werden mußte.

Verschiedenes.

Das Anästhesin hat Haug in der Therapie der Gehörgangsentzündungen und zur lokalen Anästhesie bei Trommelfellparazentese benützt (A. d. königl. Univers.-Ohrenpoliklinik in München) und sich u. a. folgender Formeln bedient:

1. Rp.	Anästhesin	1,5
	Ol. Olivar optimi	50,0
2. Rp.	Anästhesin	4,0
	Alkoh.,	
	Glyc.	aa. 25,0
3. Rp.	Anästhesin	5,0—10,0
	Gelat. alb.	10,0
	Glyc. pur.	85,0
	MDS. Fiant Amygdal. aur.	

Die Anwendungsweise war die, dass ein Gazestreifen oder länglicher Wattebausch, gut mit der betreffenden Lösung befeuchtet, in den Gehörgang eingelegt wurde. Das Wechseln der Streifen erfolgte in den Fällen poliklinischer Behandlung alle 24 Stunden. Bedingung aber für eine gute Wirkung ist, dass der Streifen oder Wattebausch sehr gut durchfeuchtet ist und durch den ganzen Gehörgang ordentlich hindurchgeführt wird. Zur Behandlung selbst gelangten in erster Linie furunkulöse Gehörgangsentzündungen, besonders in den schmerzhaften Anfangsstadien, ebenso aber auch in anderen Zeitpunkten des Verlaufes der zirkumskripten Gehörgangsentzündung.

Lysolvergiftung. Von Dr. Hammer-Würzburg, (Münchener med. Wochenschrift 1903, No. 21.) Bei dem in der Würzburger Frauenklinik gemachten Uterusausspülungen mit Lysol wurden mehrfach üble Zufälle beobachtet, die sich allein aus der Anämie nicht erklären ließen, besonders deutlich zeigte sich dies in einem Falle von Placenta praevia,

Digitized by Google

der letal endete und dessen Krankengeschichte im Original ausführlich gegeben ist.

Aus seinen Tierversuchen — subkutane Injektion der Lysollösungen — folgert H., daß es nicht darauf ankommt, wieviel von der Flüssigkeit gegebenenfalls aspiriert oder resorbiert wird, sondern insbesondere auf die Conzentration der Lösung und die Schnelligkeit, mit der eine konzentrierte Lösung in die Gewebssäfte gebracht wird.

Der Vorgang im obengenannten Falle dürfte folgender gewesen sein; bei der Uterusausspülung nach der Geburt wurde durch eine Vene Lysollösung aspiriert, zum Gehirn geführt und brachte den Kollaps zustande. Diesen überstand die Frau. Ein Teil der Lösung blieb in der Vene, arrodierte die zarten Endothelien und veränderte andererseits das Blut ihrer Umgebung. Dadurch kam eine lokale Thrombose zustande. Diese setzte sich bei der an und für sich schlechten Beschaffenheit des Blutes der Wöchnerin allmählich zentralwärts fort; daher die dyspnoischen Anfälle im Wochenbett. Den Exitus führte die durch die fortschreitende Thrombose bedingte Entziehung der zum Leben nötigen Blutelemente aus dem Körper herbei.

Es ist deshalb bei Ausspülungen des puerperalen Uterus eine möglichst geringe Conzentration der Lysollösung zu wählen und die Ausspülung unter hohem Druck ist absolut zu verwerfen; bei Placenta praevia besonders darf sie nur unter ganz geringem Druck ausgeführt werden.

Die Abnahme des medicinischen Studiums, die wir schon im verflossenen Semester konstatieren konnten, schreitet fort. Belief sich die Gesamtheit der Medicinstudierenden an den deutschen Universitäten im Wintersemester 1894/95 noch auf 7796, so beträgt sie jetzt nur noch 6072, so daß also in diesen 10 Jahren eine Abnahme um 1724 oder ca. 22 pCt. eingetreten ist. Einige Hochschulen sind an dieser Verringerung in ganz besonderem Maße beteiligt, so Würzburg, wo in der angegebenen Frist die Zahl von 753 auf 422 sank, ferner gingen zurück Leipzig von 727 auf 445, Greifswald von 381 auf 156, Breslau von 297 auf 205, München von 1125 auf 912, Erlangen von 355 auf 204, Göttingen von 207 auf 138, Kiel von 251 auf 194, Straßburg von 300 auf 232. Einige medicinische Fakultäten haben dagegen zugenommen, so Gießen von 109 auf 193 (1897/98 waren es 215), Heidelberg von 225 auf 266. In Berlin sank die Zahl von 1220 auf 1193. Die Gesamtzahl der Mediciner an den 20 deutschen Universitäten betrug in den letzten 10 Winterhalbjahren 7796, 7796, 7806, 7968, 7947, 7548, 7131, 6872, 6398, 6072.

Redacteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schmitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 4. XLIV. Jahrgang. 25. April 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Neuere Antiseptica. Formalinmilch. Ueber den Wert der Schutzimpfung gegen Diphtheritis. Vergiftung durch Bohnensalat. — Erkältung und Abhärtung. Die Beziehungen zwischen Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Weitere Mitteilungen über die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Magen-Darmkrankheiten. Die Angina Vincenti. — Das beste und einfachste Verfahren der Amputation des Unterschenkels. Fingerverletzungen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Die Behandlung der Pigmentmäler mit Wasserstoffsuperoxyd. Fremdkörper im Ohre. — Ueber die Lebensweise herzkranker Kinder. — Gegen das Erbrechen Schwangerer. Antisklerosin gegen Arteriosklerose. Zur Verhütung des Jodismus.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Neuere Antiseptika. Auf keinem Spezialgebiete der Therapie sind in den letzten Jahren so viele neue Mittel angepriesen worden, wie auf dem der Antisepsis. Jeder Tag bringt etwas Neues; mit größter Reklame wird das neue Antiseptikum in die Welt geschickt, meist ohne genügende Prüfung seiner Fähigkeiten und Nebenwirkungen, führt eine ephemere Existenz oder wandert nach kurzem Leben sehr bald in den Orkus zu wohlverdienter Ruhe. Eine auch nur kurze Uebersicht der in den letzten Jahren angepriesenen Antiseptika würde viele Spalten erfordern und aus diesem Grunde wollen wir uns nur auf jene Mittel beschränken, die ausschließlich zur externen Wundbehandlung dienen und die imstande waren, sich einen dauernden Platz im Arzneischatze zu erobern.

Bei dem Suchen nach geeigneten Körpern waren nicht immer synthetisch-chemische Gesichtspunkte maßgebend, das in fast allen anderen Gruppen ausgeprägte System der Arzneimittelsynthese — auf der Grundlage der Beziehungen zwischen chemischem Aufbau und Wirkung — findet man hier nicht, und daher gehören die verschiedenen Antiseptika den heterogensten chemischen Gruppen an. Ganz unwillkürlich schwebte den Arzneimittelsuchern immer das Jodoform vor, und jeder wollte seinem neuen Körper die guten

Digitized by Google

Eigenſchaften desselben geben, ihm aber vor allem den charakteriſtiſchen, penetranten Geruch nehmen, während die Giftigkeit des Sublimats den Aufbau neuer Antiseptika auf dieser Basis von vornherein als nicht viel versprechend erſcheinen ließ. Aus diesem Grunde ist die große Beliebtheit, der sich z. B. das Dermatol — basiſch gallussaures Wismut — zu erfreuen hat, ohne weiteres verständlich: die an das gelbe Jodoform gewöhnten Aerzte sahen in dem gleichfalls gelben, voluminösen und äußerlich ähnlichen Körper, der ja auch noch gute antiseptiſche Eigenſchaften mitbrachte, einen glänzenden Jodoformersatz. Für die Anwendung des Dermato's spricht noch der Umstand, daß es höheren Temperaturen gegenüber sehr beständig ist; es kann, ohne Zersetzung zu erleiden, bei 100° C sterilisiert werden. Die bakterizide Kraft des Dermatols ist nur gering und kann sich nur da zeigen, wo es möglich ist, das Pulver direkt mit den Eitererregern in Berührung zu bringen. Dagegen spricht wiederum für das Dermatol die absolute Ungiftigkeit, die durch das Tierexperiment und die Erfahrung am menſchlichen Organismus zur Evidenz erwiesen ist. Die Wirkung des Dermatols läßt sich aus seiner chemiſchen Konstitution sehr gut erklären: die an und für sich antiseptiſch wirkende Gallussäure ist hier mit einer Base in Verbindung getreten, die in allen ihren Salzen zur Bildung unlöslicher und einen guten Wundverſchluß bildender Körper neigt. Seine Unlöslichkeit bedingt natürlich eine Anwendung als Streupulver oder Salbe.

Zur Darstellung des Alumnols führten ähnliche Gesichtspunkte: man wollte die antiseptiſche Wirkung der Naphthol-Schwefelsäure durch Aluminium noch verstärken und auf diesem Wege zu einem Körper gelangen, der im Gegensatz zum Dermatol in die Tiefe der Gewebe einzudringen imstande ist. Dies war erklärlicherweise nur bei einem in Wasser leicht löslichen Körper möglich, wie es das β-naphtholdisulfosaure Aluminium = Alumnol eben ist. Eine Tiefenwirkung des Alumnols ist, trotzdem ja Aluminiumsalze mit Eiweiß unlösliche Niederſchläge bilden, möglich, da die Alumnol-Eiweiß-Präzipitate in einem Ueberſchuß von Eiweiß, z. B. in eiterigen Sekreten, wieder löslich sind. Trotz vollkommener Ungiftigkeit für den menſchlichen Organismus wirken hochprozentige Alumnollösungen ätzend. Seine guten Eigenſchaften kommen auch dem Alsol = Aluminium acetico-tartaricum mit 25 Proz. Al_2O_3 zu. Zinol ist eine Miſchung von Alumnol und Zinkacetat.

Auf einer ganz anderen Basis aufgebaut ist das 1890 von Lassar und Eichhof in die Therapie eingeführte Aristol, seiner chemiſchen Zusammensetzung nach Dithymoldijodid. Man wollte also hier die antiseptiſchen Eigenſchaften des

Digitized by Google

Jodoforms, die ja großenteils auf dem Jodgehalt beruhen, mit denen des Thymols verbinden. Es enthält 46 Proz. Jod und diesem hohen Jodgehalt ist auch die verhältnismäßig leichte Zersetzlichkeit des Aristols — es verträgt z. B. nur eine sehr geringe Temperaturerhöhung — zuzuschreiben. Der antiseptische Wert dieser Verbindung beruht, ähnlich wie bei Jodoform, auf der leichten Abspaltbarkeit der eigenartig gebundenen Jodatome. Es gilt besonders als ein sehr gutes Vernarbungsmittel und kann sowohl in öliger Lösung und als Salbe, wie als Streupulver in Anwendung kommen. Unangenehme Nebenwirkungen sind niemals beobachtet worden, was um so auffälliger ist, als diese ja bei dem verwandten Jodoform häufig auftreten.

Dem Aristol folgte nach kurzer Zeit das ebenfalls von Eichhoff in die Therapie eingeführte Europhen. Es ist Isobutyl-Ortho-Kresoljodid, also auf demselben Prinzipe basiert, wie das Aristol. Es verdankt seine antiseptische Kraft ebenfalls der Abspaltung kleinster Mengen freien Jods, welche in statu nascendi eine energischere, bakterizide Wirkung entfalten. Europhen ist leider nicht geruchlos und erinnert in seinem Geruch schwach an Safran, vielleicht auch an Jodoform. Es ist ganz außerordentlich voluminös und eignet sich deshalb sehr gut als Streupulver. Der Jodgehalt ist nur ungefähr halb so groß, wie beim Aristol, dafür aber die Beständigkeit der Verbindung etwas größer. Die Applikation ist die nämliche, wie bei Aristol. Von dem gleichen Gesichtpunkte ging man bei der Darstellung des Jodols aus, das als Tetrajodpyrrol $C_4 J_4 NH$ 89 Proz. Jod enthält. Trotz dieser Jodanreicherung im Molekül zersetzt sich das graubraune, wasserunlösliche Pulver erst bei 140^0 C, zeigt also das Jod in einer verhältnismäßig festen Bindung. Die geeignetste Anwendung ist als 5—10 prozentige Salbe, als 10 prozentiges Jodol-Kollodium oder auch als Streupulver. In der gynäkologischen Praxis werden Tampons gebraucht, welche mit einer Lösung getränkt sind, die 1 Teil Jodol auf 10 Teile Alkohol und 34 Teile Glyzerin enthalten. In seiner antiseptischen Wirkung und seinen übrigen Eigenschaften steht es dem Jodoform weit nach und konnte deshalb eine ausgedehntere Anwendung nicht finden

Von den Sozojodolpräparaten (Tromsdorff), den Salzen der Dijod-p-phensolsulfonsäure behauptet Fränkel in „Arzneimittelsynthese“ bei J. Springer, Berlin, daß nur den Verbindungen mit Zink und Quecksilber ein bedeutenderer antiseptischer Wert zukommt, weil hier eben die den beiden Metallen selbst eigene Wirkung ausgelöst wird, nicht aber beruhe die Wirkung auf der Sozojodolsäure. Aus diesem Grunde wären auch alle übrigen Verbindungen ohne wesentlichen Erfolg geblieben. Diesen Ausführungen wird sich wohl eine große Anzahl von Aerzten nicht anschließen wollen.

Digitized by Google

Noch einfacher konstituiert ist die als Aseptol = o-Phenolsulfonsäure in 1—10prozentiger Lösung hier und da angewandte, gelbbraune Flüssigkeit.

Bei der Darstellung des Airols (Syn.: Airoform und Airogen) $C_6H_2 . (OH)_3 . COO . Bi<^{OH}_{J}$ verfolgte man den Zweck, die antiseptischen Eigenschaften des Dermatols durch Einführung von Jod zu erhöhen und kam so zu dem Wismutoxyodidgallat. Es wird ausschließlich als Streupulver in Anwendung gebracht.

Von einem Chinolinkern gehen Loretin = Orthooxychinolin-m jod-anasulfosäure und dessen Wismutverbindung, das Loretin-Wismut aus, ferner das neuerdings etwas in den Vordergrund gerückte Chinosol = oxydichinolinschwefelsaures Kalium. Letzteres dient in wässeriger Lösung 1 : 100 bis 1 : 2000 in der Gynäkologie und besonders zur Desinfektion der Hände. Zur Konservierung von Leichenteilen werden 5 proz., wässerige Lösungen in die Arterien injiziert. Loretin dagegen wird teils rein, teils vermischt mit Talk, Stärke und Magnesia, sowie in 5—10 prozentigen Salben, ferner in Form von Gaze, Kollodium, Stiften usw. gebraucht.

Das als Jodchloroxychinolin anzusprechende Vioform hat es zu einer ausgedehnteren Anwendung bisher nicht gebracht.

Lediglich auf die desinfizierende Kraft der Karbolsäure und die wundverschließende Fähigkeit des Wismuts aufgebaut ist das Xeroform, Wismuttribromphenylat, das in Form von Streupulver und in 10—20 prozentigen Salben als Jodoformersatz empfohlen wird. (Schluß folgt.)

Formalinmilch. Von Moro. (Wiener med. Wschr. 1904/7.) Behring hat in jüngster Zeit über Erfolge mit einem neuen Milchkonservierungsverfahren Mitteilung gemacht, welches dazu berechtigt ist, das größte Interesse für sich in Anspruch zunehmen. Behring war es darum zu tun, die präparierte Milch möglichst haltbar zu gestalten, so zwar, daß dieselbe selbst bei längerer Aufbewahrungszeit vor gesundheitsschädlichen Verunreinigungen, insbesondere Bakterien und Bakteriengiften, geschützt bleibe; dabei sollen weder die spezifischen Immunstoffe, die sich bekanntlich durch eine große Labilität auszeichnen, noch Geschmack und Geruch der Milch in irgend einer Weise beeinträchtigt werden. Nach einer schematischen Prüfung in dieser Richtung traf die Wahl den Zusatz von Formalin zur Milch. Dabei mußten besonders zwei Punkte berücksichtigt werden:

1. müsse der Formalinzusatz prozentisch so bemessen

Digitized by Google

werden, daß die Formalinmenge auf den Säugling auch nicht im mindesten gesundheitsschädlich wirke;

2. dürfe durch die Menge des zugesetzten Formalins die Milch weder an Geschmack noch an Geruch irgendwie minderwertig geworden sein.

Zahlreiche Tierversuche ergaben, daß ein Verhältnis von 1 Teil Formalin zu 500 Teilen Milch sicher vollständig unschädlich ist; 1 : 500 ist also die unterste erlaubte Grenze. Dieser Lösung haftet aber noch der widerliche Geschmack des Formalins an, so daß diese Formalinmilch von Tieren nur ungern genommen wird. Erst in Lösung von 0,4 : 1000 wird die Formalinmilch auch von Tieren mit überaus empfindlichen Geruchs- und Geschmacksorganen anstandslos genommen. Der Mensch vermag in dieser Verdünnung den Formalinzusatz zur Milch absolut nicht mehr zu schmecken. Alle Milchproben, welche sechs Tage bei Zimmertemperatur im Laboratorium gestanden waren, blieben ungeronnen.

Ein allgemeiner Erfolg dieses neuen Verfahrens muß natürlich erst abgewartet werden; denn wir können es heute noch gar nicht beurteilen, ob eine durch längere Zeit fortgesetzte Ernährung mit Formalinmilch doch nachteilige Folgen für den Säugling nach sich ziehen könnte; erinnert sei nur an die Möglichkeit einer Nierenreizung.

Ueber den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtheritis. Von K. A. Zuppinger. (Wiener klin. Wochenschr. 1904. 2.) In 1000 Fällen wurden Geschwister von an Diphtherie erkrankten und ins Kronprinz Rudolf-Kinderspital aufgenommenen Kindern immunisiert (mit 200—500, in schweren Fällen 600 bis 1000 A. E.); davon blieben von Diphtherie verschont 982 Kinder, 18 = 1,8 Proz. erkrankten innerhalb der ersten drei bis vier Wochen; da aber, wie die entsprechenden Notizen und Krankengeschichten beweisen, von diesen letzteren elf Kinder zur Zeit der Präventivinjektionen fast sicher schon mit Diphtherie infiziert waren, so bleiben eigentlich nur 7 = 0,7 Proz. trotz Schutzimpfung Erkrankte. Die nach den Präventivinjektionen aufgetretene Diphtherie nahm einen überaus günstigen Verlauf. Einige Krankengeschichten von Fällen, in denen Schutzimpfungen nicht zur Anwendung kamen, beweisen, daß in den einschlägigen Jahren die Diphtherie durchaus nicht an Bösartigkeit eingebüßt hatte. In der Vorserumzeit kamen 26 Geschwister von diptheriekranken Kindern innerhalb der ersten vier Wochen zur Aufnahme, wovon 9 = 34 Proz. starben. Nach Ablauf der ersten drei bis vier Wochen hört die Wirkung der Immunisierung auf. — Dieselben günstig lautenden Erfahrungen über den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtherie wurden auf dem hygienischen Kongreß in

Digitized by Google

Brüssel aus Italien, Frackreich, Ungarn, Dänemark, Holland veröffentlicht.

Vergiftung durch Bohnensalat. Vor einigen Wochen fand in Darmstadt eine Massenvergiftung durch Genuß und Bohnensalat statt, der mehrere Personen zum Opfer fielen. Die zum Salat benützten Wachsbohnen waren in Weichblechbüchsen konserviert, die mit einem Deckel mit federndem Bügel und Gummiring verschlossen waren. Eine solche, gerichtlich beschlagnahmte, noch ungeöffnete Büchse wurde von Prof. Gaffky in Gießen untersucht. Dem in der Darmstädter Zeitung veröffentlichten amtlichen Bericht entnimmt die pharm. Centralhalle (No. 9) folgendes: Krankheitsverlauf und Leichenbefunde ließen darauf schließen, daß ein Gift, ähnlich wie es in Fleisch und Wurst durch den Bacillus botulinus erzeugt wird, vorliegt. Die zur Untersuchung übergebene Konservenbüchse ließ erkennen, daß der Inhalt einer mit Gasbildung einhergehenden Zersetzung anheimgefallen war, der Geruch war widrig ranzig nach Buttersäure; die Wachsbohnen waren zwar etwas weich, aber im übrigen wohlerhalten; die Flüssigkeit, in der sie lagen, ließ sich klar abfiltrieren, war von schwach saurer Reaktion und von stark ranzigem aber nicht fauligem Geruch. Die Giftigkeit dieses Filtrates war so groß, daß kaum 0,005 gr unter die Haut gespritzt, zur Tötung eines ausgewachsenen Kaninchens hinreichten. Wurde die Flüssigkeit zum Sieden erhitzt, so verlor sie ihre Giftigkeit; wie weitere Versuche erwiesen, genügte sogar schon ein Erwärmen auf 90° C. Ob eine 20 Minuten andauernde Erwärmung auf 70° C zur Sterilisierung genügt, ist höchst wahrscheinlich, bleibt aber noch abzuwarten. Bei anderen Tierversuchen wurde einmal die Bohnenflüssigkeit durch Schlundsonde in den Magen gebracht, dann aber wurden auch die Bohnen selbst zum fressen gegeben. Es zeigte sich, daß die Flüssigkeit, wahrscheinlich weil sie rasch in den alkalisch reagierenden Darminhalt gelangte, fast gar nicht giftig wirkte, während die Bohnensubstanz lange genug im sauer reagierenden Mageninhalt blieb, um die Giftwirkung zu entfalten. Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sich um einen anaeroben Keim handelt. Gaffky neigt der Ansicht zu, daß man es mit einer rein saprophytischen, in menschlichem und tierischem Körper aber nicht vermehrungsfähigen Bakterienart zu tun hat, welche in pflanzlichen Substanzen ein überaus schädliches Gift zu erzeugen vermag, ähnlich wie es der Ermengen'sche Bacilluss botulinus in tierischem Material bildet. Die Keime sind höchstwahrscheinlich in Sporen- oder Dauerform mit den Bohnen in die Büchsen gelangt und haben so das Kochen überstanden.

Digitized by Google

II. Medicin.

Erkältung und Abhärtung. Von A. Strasser, Wien (Dtsche. Kl.)

Wenn man von „Erkältung" spricht, so denkt man sich dieselbe gewöhnlich nicht als eine Krankheit, sondern als die Ursache von Krankheiten, als ätiologisches Moment. Viele sehen den schädlichen Einfluß in der kurzen, intensiven Kältewirkung, andere halten eine längere Zeit hindurch einwirkende, wenn auch weniger heftige Kälte für schädlicher. Nach den einen muß es tatsächlich zu einer Abkühlung des Körpers kommen, nach andern übt schon der bloße Kältereiz einen krankmachenden Einfluß aus.

So populär also auch heute noch der Begriff der Erkältung ist, so schwer läßt sich der exakte Beweis erbringen, daß einer Kälteeinwirkung eine irgendwie geartete Erkrankung folgen muß. Falls das Zusammentreffen beider nicht eben zufällig ist, so muß doch wenigstens eine besondere Disposition angenommen werden, die in einer bereits vorhandenen, latenten Krankheit besteht und die durch jenes hinzutretende Moment erst offenbar wird, denn die tägliche Erfahrung zeigt, daß Abkühlung nicht unter allen Umständen und bei Jedem zu Krankheit führt, sondern daß viele dagegen vollständig gefeit, abgehärtet sind.

Die Bakteriologie hat eine große Zahl der früher als Erkältungskrankheiten angesehenen Prozesse — in der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts führte Schönlein noch ungefähr 80 auf Erkältung beruhende Krankheiten auf — als Infektionskrankheiten erkennen lassen. Ja, wir wissen heute, daß auch der gesunde Mensch eine Menge schädlicher Keime und Bakterien in sich und mit sich herumträgt, die an Händen und Kleidern haften, mit der eingeatmeten Luft in die Lunge, mit dem Speichel, mit der Nahrung in den Magen gelangen. Wenn sie trotzdem nicht in jedem Falle zu Krankheiten führen, so liegt das einmal an gewissen natürlichen Schutzvorrichtungen, über die der Körper verfügt und zweitens daran, daß nicht in jedem Falle das Zustandekommen der Erkrankung begünstigende Momente hinzutreten, als welche wir neben andern, wie Durst, Schwäche durch ungenügende Ernährung, starke Ermüdung nach anstrengender Muskelarbeit, ganz besonders auch die Kälteeinwirkung in den verschiedensten Formen anzusehen haben. Sie verändert nicht nur die Wachstumsbedingungen der Bakterien in einem für sie günstigen Sinne, sondern beraubt auch den Körper seiner natürlichen Schutzeinrichtungen gegen dieselben, und zwar durch eine veränderte Blutverteilung, denn da sich die Hautgefässe kontrahieren, wird das Blut nach den inneren Organen oder

Digitized by Google

auch nach anderen Teilen getrieben, staut sich dort an und schafft dadurch für die Infektion einen günstigen Boden. Je weniger normales und frisches Blut in einem bakterienreichen Gewebe kreist, desto weniger erfolgreich kann der Organismus die Bakterien bekämpfen. Nun wird es ja leicht verständlich, daß länger einwirkende, wenn auch weniger heftige Kälte den Zustand der Anstauung längere Zeit hervorruft und also auch eher beschädigt als kürzere, aber heftigere Kältereize, auf die bald die Reaktion, Erweiterung der Hautgefäße und Rücklauf des Blutes erfolgt. Die strahlende Kälte einer feuchten Wand . oder die langsame Verdunstung von durchnäßten Schuhen, Kleidern wirkt bei weitem schädlicher als ein kurzer, kalter Windstoß, eine kurze kalte Brause.

Unter den Erkrankungen, bei denen die Erkältung als Ursache eine mehr oder weniger große direkte oder indirekte Rolle spielen kann, stehen an Häufigkeit obenan die Entzündungen der Nasen- und Kehlkopfschleimhäute. Hier kommt es, durch Reflexwirkung, leicht zu einer Blutstockung, die einerseits durch Verminderung der Alkalescenz des Blutes die Widerstandskräfte des Körpers resp. seiner Zellen gegen das Eindringen von Bakterien herabsetzt, andererseits die Ernährungsbedingungen der dort gewöhnlich schon sich aufhaltenden Bakterien so verbessert, daß sie sich schnell vermehren, kräftigen und Krankheit erregen. Auch bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus ist die Mitwirkung einer Erkältung nicht immer abzuleugnen. Wahrscheinlich handelt es sich auch hier um vermehrten Blutzufluss in das reiche Gefäßnetz der Gelenke infolge Abkühlung anderer Gegenden des Körpers, zumal die Erfahrung lehrt, daß überangestrengte Gelenke größere Disposition zur Erkrankung zeigen. Der vermehrte Blutzufluß bietet dann zufällig, etwa aus einer Angina ins Blut gelangten Bakterien willkommene Gelegenheit zur Ansiedelung.

Wesentlich und erwiesen ist der Einfluß von Kälte auf Muskeln und die Entstehung rheumatischer Muskelerkrankungen, zumal bei Gichtkranken, bei denen die Muskeln an sich schon vielfach Veränderungen aufweisen. In gleicher Weise müssen wir uns die Entstehung vieler Nervenentzündungen, Neuralgien und Lähmungen vorstellen; und bezüglich der Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten hat besonders Krafft-Ebing in seinen Schriften stets der Ansicht Ausdruck gegeben, daß bei Tabes, multipler Sclerose, Paralysis agitans voraufgegangene starke Erkältungen oder Durchnässungen eine große Rolle spielen.

Die Praxis und das Laboratorium haben dasselbe für die Nierenentzündung mit Sicherheit festgestellt. Die Niere ist ganz besonders empfindlich für Reize und Temperatur-

Digitized by Google

wechsel, welche die Körperperipherie treffen. Hierbei bilden sich wahrscheinlich infolge der Blutstockung chemische Gifte. Weniger sicher ist dies für Blasenkatarrhe bewiesen; dagegen lassen sich Darmkatarrhe nach Erkältungen oder kaltem Trunk leicht erklären und auf die dadurch hervorgerufene beschleunigte Tätigkeit des Darmes erklären.

Nicht unerwähnt darf hierbei bleiben, daß auch bestehende Krankheiten durch Kälteeinwirkung sehr verschlimmert werden können, und daß andererseits einmal erkrankt gewesene Organe, bei denen ein Erkältungseinfluß denkbar ist, einem solchen bedeutend leichter zugänglich sind. Endlich gibt es erfahrungsgemäß allgemeine und örtliche Dispositionen, welche besonders leicht zu einer Erkältungskrankheit führen können.

Neben der schon erwähnten Uebermüdung gewisser Organe z. B. des Kehlkopfes, der Gelenke, gehört hierhin starke Ueberhitzung mit Schweißabsonderung bei nachfolgender Ruhe in abgekühlter Temperatur oder Zugluft.

Dahin gehören ferner Nieren-, Herz- und Lungenkrankheiten, welche letztere ja besonders zu großer Empfindlichkeit und zu übermäßigem Schwitzen disponieren. Endlich alle von schweren Krankheiten Genesenden. Dagegen sind wieder Kinder, wenn sie nicht etwa verweichlicht sind, und besonders Säuglinge, nicht eben empfindlich und vertragen geringe und mittlere Abkühlungen ohne Schaden.

(Fortsetzung folgt.)

Die Beziehungen zwischen Kehlkopf und Lungentuberkulose. Von Dr. Frese. Aus der medizin. Universitätsklinik zu Halle a. S. (Münch. med. Wochenschrift 04. 13.) Die klare Erkenntnis des ursächlichen Zusammenhanges krankhafter Veränderungen des Kehlkopfes mit der Lungentuberkulose ist verhältnismäßig jungen Datums.

Der Kehlkopf stellt nur selten die erste Ansiedelungsstätte des Tuberkelbazillus im Körper dar; es wird dies verständlich aus der Schwierigkeit, welcher ein Haften von außen eindringender Bazillen im Larynx begegnet. Bei normaler Nasenatmung wird der Luftstrom filtriert, bevor er in den Kehlkopf gelangt; das flimmernde Zylinderepithel, welches letzteren mit Ausnahme der Stimmbänder und der hinteren Wand auskleidet, befördert etwa eingedrungene Bazillen hinaus; gröbere, Infektionsstoff enthaltene Partikel werden durch reflektorischen Hustenstoß fortgeschleudert. Immerhin gibt es einzelne sichergestellte Fälle primärer Kehlkopftuberkulose. Für die Mehrzahl der Fälle aber trifft der Satz zu, daß der Tuberkulose des Kehlkopfes die der Lungen vorausgeht.

Digitized by Google

Statistische Untersuchungen haben nämlich ergeben, daß die tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes nächst der des Darmes die häufigste Komplikation der Lungentuberkulose ist; nach fast allgemeiner Ansicht stellt das Hauptkontingent zur Kehlkopftuberkulose das Alter von 20—30 Jahren; es entspricht dies dem Maximum der Lungentuberkulose, welches in dieselbe Zeit fällt.

Mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus trat eine schon von älteren Autoren vielfach diskutierte Frage wieder mehr in den Vordergrund: wie die Kehlkopferkrankung im Verlauf der Lungentuberkulose zustande komme. Es stehen sich hier auch jetzt noch zwei Ansichten gegenüber; die Anhänger der einen sagen, daß es das tuberkulöse Sputum sei, welches den Kehlkopf infiziere, die anderen nehmen eine Infektion auf dem Lymphwege an. F. hat nun gemeinsam mit Privatdozent Dr. Winternitz experimentell darzutun versucht, ob und in welcher Weise der Kehlkopf erkrankt, wenn tuberkulöses Material mit seiner Schleimhaut in Kontakt gebracht wird.

Als Versuchstiere dienten Hunde (nur ältere Tiere), die allerdings wenig empfänglich für menschliche Tuberkulose sind, aber für laryngoskopische Beobachtung bessere Objekte als Kaninchen und Meerschweinchen darstellen. Es wurde so vorgegangen, daß von einer Tracheotomiewunde oder vom Maul aus infektiöses Material, entweder Sputum Lungenschwindsüchtiger oder eine Aufschwemmung menschlicher Tuberkelbazillen in Reinkultur in den Kehlkoof eingebracht wurde.

Interessant war die Entwicklung der tuberkulösen Veränderungen an Stellen des Larynx, die auch beim Menschen mit Vorliebe erkranken, so daß schon der Spiegelbefund an das Bild der menschlichen Kehlkopftuberkulose erinnerte. Ferner ist es bemerkenswert, daß die tuberkulöse Infiltration sich unter intaktem Epithel ausbildete. Möglicherweise sind die Bazillen durch kleine Einrisse des Epithels, die durch die vorausgeschickte mechanische Reizung entstanden waren, eingedrungen.

Die Entwicklung tuberkulöser Infiltrate unter intaktem Epithel kann also, wie das Experiment zeigt, nicht gegen eine sputogene Infektion des Kehlkopfes verwertet werden.

Man kann mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, daß die tuberkulöse Kehlkopferkrankung des Menschen nicht auf dem Blut- oder Lymphwege, sondern durch das Sputum erfolgt. (Eine Ausnahme machen natürlich die Fälle, wo es sich um eine allgemeine Miliartuberkulose handelt.)

Die Ursachen, welche die Häufigkeit der Kehlkopferkrankung gegenüber den anderen Abschnitten der oberen Luftwege bedingen, sind gerade bei Annahme einer sputogenen

Digitized by Google

Infektion gut verständlich. Es ist schon von älteren Autoren darauf hingewiesen worden, daß der Kehlkopf in das glatte Rohr der Trachea winklig vorspringt, und mit seinen Leisten und Taschen ein Haften und längeres Verweilen des Sputums begünstigt.

Die häufige Erkrankung der Stimmbänder erklärt sich wohl dadurch, daß Sprechen und Husten die Schleimhaut alteriert, und daß beim Stimmbandschluß das Sputum wie beim Experiment in die Schleimhaut hineingedrückt wird. Eine besondere Infektionsgelegenheit ist dann gegeben, wenn Geschwüre anderer Herkunft, z. B. syphilitische, den Tuberkelbazillen als Eintrittspforte dienen. Der Kehlkopf selbst besitzt in seinem flimmernden Zylinderepithel, welches ihn mit Ausnahme der hinteren Wand und der Stimmbänder auskleidet, einen gewissen Schutz gegen das Haften von Infektionskeimen. Das Sekret seiner Drüsen verhindert einen direkten Kontakt mit der Schleimhaut.

Was den Einfluß betrifft, welchen Lungen- und Kehlkopftuberkulose gegenseitig auf ihren Verlauf ausüben, so sind geringe Kehlkopfveränderungen ohne wesentliche Bedeutung; ganz anders bei schweren Affektionen; namentlich Erkrankungen der Aryknorpel und der Epiglottis üben einen unheilvollen Einfluss aus. Es beruht dies hauptsächlich darauf, daß derartige Patienten heftige Schmerzen beim Schlingen haben und die Nahrungszufuhr erheblich Not leidet; in einzelnen Fällen kann sich eine, die Luftzufuhr immer schwieriger machende Stenose hinzugesellen.

Noch bedeutsamer als der Einfluß der Larynxerkrankung auf den Verlauf des Lungenleidens ist der umgekehrte Vorgang. Die Diagnose der Kehlkopftuberkulose wird in erster Linie von dem Zustand der Lungen bestimmt. In Betracht kommt ferner der ungünstige Einfluss des Fiebers. Dasselbe ist in erster Linie durch die Lungenveränderungen bedingt. Man kann mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß, wenn ein Patient mit Larynxtuberkulose anfängt zu fiebern, seine Lungenerkrankung Fortschritte macht.

Ungünstige Einflüsse von seiten der Lungen stellen ausser der allgemeinen Konsumption der Kräfte auch der Husten und Auswurf dar. Ersterer läßt den Kehlkopf nicht zur Ruhe kommen — und gerade Ruhigstellung des erkrankten Organes ist ein wichtiger Faktor der Therapie — letzterer unterhält jederzeit die Gefahr einer frischen Infektion.

Wenn es auch nicht richtig ist, dass eine völlige Parallelität zwischen dem Verlauf der Larynx- und Lungenaffektion besteht, so kann man im grossen und ganzen aber doch sagen, daß die Prognose der Kehlkopftuberkulose sich in erster Linie nach dem Stand der Lungenerkrankung richtet, und man wird deshalb auch die Art des therapeu-

Digitized by Google

tiſchen Vorgehens vorwiegend von dem Verhalten der Lungen abhängig machen.

Weitere Mitteilungen über die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und des Duodenums, Ulcus, Hyperchlorhydrie, spastischen und organischen Pylorusstenosen und deren Folgezuständen (Gastrectasie). Von Dr. Paul Cohnheim, Arzt in Berlin. (Zeitſchrift für klin. Mediz., 1904, 52. Bd., 1. u. 2. Heft.) C. teilt in vorliegender Arbeit ausführlich seine Erfahrungen über die Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Geſchwüren und Stenosen des Pylorus und ihren Folgen (Spasmus, Cardialgie, Hyperchlorhydrie, Magensaftfluß und Dilatation) mit, nachdem er darüber bereits am 18. Februar 1900 im Verein für innere Medizin zu Berlin und auf dem XIII. internationalen mediziniſchen Kongreß in Paris kurz berichtet hatte. Das Beobachtungsmaterial, welches er im Verlaufe von vier Jahren in seiner Poliklinik und Privatpraxis gesammelt hat, erstreckt sich auf einige 30 Fälle und ist so geordnet, daß im ersten Teil die Oelbehandlung der gut- und bösartigen Pylorusstenosen, im zweiten Teil die Oelbehandlung des Ulcus und seiner Folgezustände (excl. Stenose mit Dilatation), sowie der Fälle von Hyperchlorhydrie mit Pylorospasmen besprochen worden ist, welche die Folgen einer Fissur oder Erosion am Pylorus zu sein pflegen und daher nur graduell vom Ulcus unterſchieden sind.

1. Fälle von Gastrectasie, welche nicht durch ein organiſches Hindernis, sondern durch einen Spasmus des Pylorus infolge Ulcus oder Fissur am Magenausgang hervorgerufen sind, werden durch Eingießungen großer Oelmengen (100 bis 150 g täglich) in kurzer Zeit geheilt oder erheblich gebessert.

2. Fälle von organiſcher Pylorusstenose mit secundärer Gastrectasie werden durch methodiſche Anwendung großer Oelgaben ebenfalls relativ meist geheilt, d. h. bleiben bei vorsichtiger Lebensweise beſchwerdefrei. In diesen Fällen wirkt das Oel mechaniſch durch Verminderung des Reibungswiderstandes.

3. Fälle von relativer Stenose des Pylorus und des Duodenums, die sich kliniſch durch Hypersecretio continua und Pylorospasmus mehrere Stunden nach den Hauptmahlzeiten dokumentieren, werden ebenfalls durch Oeldarreichung erheblich gebessert oder gänzlich geheilt.

4. In Fällen von carcinomatöser Pylorusstenose wird durch die Oelanwendung der Pylorospasmus aufgehoben oder gelindert.

Digitized by Google

5. Fälle von Ulcus pylori mit oder ohne Hyperchlorhydrie, bei welchen meist 1—4 Stunden nach dem Essen krampfartige Schmerzen auftreten, werden durch Gebrauch von Oel oder Mandelmilch in kurzer Zeit geheilt, sofern noch keine Complicationen (Perigastritis) vorliegen.

6. Das Oel wird am besten längere Zeit hindurch dreimal täglich ½—1 Stunde vor dem Essen genommen resp. per Sonde eingegossen. In der Regel genügt es, früh ein Weinglas voll, mittags und abends je zwei Eßlöffel voll nehmen zu lassen. In leichteren Fällen oder während der Besserung bei schwereren Fällen gibt man zweckmäßig die Mandelmilch.

7. Die Oelanwendung genügt drei Indicationen, der Sistierung des Pylorospasmus, der Reibungsverminderung und der Hebung der Ernährung, da das Oel selbst bei hochgradigen Stenosen in den Dünndarm gelangt und dort resorbiert wird.

8. Das Oel wirkt beim Pylorospasmus wie ein Narcoticum (z. B. Belladonna); es verursacht keinerlei unangenehme Nebenwirkung, vorausgesetzt, daß es nicht ranzig ist, es bewirkt weder Aufstoßen noch Diarrhöen. Nur von einzelnen Patienten wird es ungern genommen, diesen gibt man dann Mandelölemulsion.

9. Bei rein nervösen (hysterischen) Magenkrämpfen hat C. bisher keine günstige Wirkung erzielen können, woraus sich differential-diagnostische Gesichtspunkte zur Unterscheidung des nervösen und organischen Pylorosplasmus ergeben.

10. Auch in Fällen von sogen. „schmerzhafter Magenleere" (Boas), wie sie sowohl bei Hyperchlorhydrie als auch bei Gastritis atrophicans beobachtet wird, hat C. sehr günstige symptomatische Wirkungen von Oel gesehen.

11. Mit Hilfe der Oelkur gelingt es, eine Reihe von Pylorusstenosen mit schwerer, consecutiver Gastrectasie so weit zu bessern, daß ein chirurgischer Eingriff vermieden wird. Vor jeder wegen Pylorusstenose beabsichtigten Magenoperation sollte daher zunächst die Oelbehandlung versucht werden.

12. Die Oeltherapie verhindert, prophylactisch in geeigneten Fällen angewendet, das Entstehen von Gastrectasien und verhütet Recidive.

Die Angina Vincenti. Klinischer Vortrag von Otto Heß. Deutsche medizinische Wochenschrift 1903, No. 42. Das bisher nicht bekannte, in ätiologischer Hinsicht gut studierte Krankheitsbild ist von Vincenti 1893 zuerst eingehend beschrieben und als Angina diphtheroides Vincenti oder Angine diphthéroide á bacilles fusiformes et spirilles bezeich-

Digitized by Google

net worden. Der bakteriologiſche Befund ist charakterisiert durch die Symbiose eines Bazillus (Bazillus fusiformis) und einer Spirille (Spirochaetis denticola).

Es bildet sich zunächst auf einer Mandel ein grauer, leicht abhebbarer Belag, der in den nächstfolgenden Tagen dicker und weicher wird, während die Unterlage entweder nur ganz oberflächlich ulzeriert (croupöse Form) oder, wie es häufiger der Fall zu sein pflegt, die Ulzeration geht mehr in die Tiefe, die Ränder der Ulzeration sind leicht infiltriert oder unterminiert (diphtheritiſch-ulzeröse Form) Während die croupöse Form unter leichten Erſcheinungen nach einigen Tagen zur Heilung kommt, sind bei der diphtheriſch ulzerösen Form die Krankheitserſcheinungen ſchwererer Natur: heftige Schluckbeſchwerden, Salivation, Fiebersteigerungen bis 39°, starke Drüsenſchwellungen, Appetitmangel, foetor ex ore. Die Membranen stoßen sich etwa am neunten Krankheitstage ab, das Geſchwür reinigt sich ziemlich raſch. Die Prognose ist stets eine gute. Die Krankheit befällt am meisten jugendliche Personen. Während die croupöse Form nur den Bazillus enthält, ist die diphtheriſch-ulzeröse eben durch die Symbiose mit der Spirille ausgezeichnet. Differential diagnostiſch sind Diphtherie und Lues auszuſchließen.

Die Therapie besteht in Gurgeln mit Mund-Desinfizientien, Pinselungen mit Lugolſcher Lösung, Auftragen von Methylenblau etc.

Der lebhaft bewegliche, mit langen, ſchönen Geißeln verſehene Bazillus ist an den Enden verdünnt und zugespitzt, in der Mitte angeſchwollen, zeigt Vakuolen, bildet keine Sporen, ist unfärbbar nach Weigert und Gram, gut färbbar mit Fuchsin und Methylenblau. Reinkulturen sind bisher noch nicht gelungen.

Die Spirille ist dünn und doppelt so lang wie der Bazillus, sehr beweglich, entbehrt der Geißeln, ist ſchwerer färbbar und nach Gram ebenfalls unfärbbar.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Frage, welches Verfahren das beste und einfachste ist, um bei der **Amputation des Unterschenkels** einen tragfähigen Stumpf zu erzielen, beſchäftigt von Zeit zu Zeit immer wieder die Chirurgen. Es ist interessant, die Entwickelung dieser Frage kurz zu verfolgen. Die älteste Methode ist bekanntlich die von Langenbeck geübte. Er amputierte subperiostal nach Bildung von Haut- und Muskellappen. Häufig war dabei die Lappengangrän

Digitized by Google

und noch häufiger dabei die Unbrauchbarkeit des Stumpfes, weil er nicht tragfähig war. Alle nicht tragfähigen Stümpfe verfallen der Inatosivitätsatrophie. Die Muskeln schwinden, der Knochen atrophiert und der Stumpf spitzt sich immer mehr zu, wird immer empfindlicher und schonungsbedürftiger. Deshalb führten einige Chirurgen, besonders Esmarch, alle Amputationen bei der arbeitenden Klasse am Orte der Wahl aus, selbst wenn das Leiden eine viel tiefere Absetzung gestattete. Der kurze im Kniegelenk rechtwinklig gebeugte Stumpf stützte sich auf eine entsprechende Prothese. Dann kam Bruns und amputierte mit einzeitigem Zirkelschnitt. Die Weichteile vom Periost bis zur Haut blieben in ungestörtem Zusammenhang. Dadurch war die Gefahr der Lappengangrän in ausgezeichneter Weise vermieden, aber für die Tragfähigkeit war nicht viel erreicht. Jedenfalls melden die Statistiken einiger Operateure, z. B. von Hahn, in dieser Beziehung weit ungünstigere Resultate als die Bruns'schen eigenen Erfahrungen erwarten ließen. Erst Bier gelang es in allen Teilen der Diaphyse einen tragfähigen Stumpf zu erzielen, dadurch, daß er die Markhöhle primär verschloß und die Narbenbildung auf dem Stumpfe vermied. Die Wunde der Markhöhle wird primär durch einen mit dem Periost in Verbindung befindlichen Corticalisdeckel verschlossen; daher kommt es nicht zur Bildung eines zackigen Kallus aus der Markhöhle, der wie jeder Kallus empfindlich ist und durch Verwachsung mit der Weichteildecke bei jedem Versuch aufzutreten Schmerzen erzeugt und durch Nichtgebrauch des Gliedes allmählich zu der gefürchteten Konizität des Stumpfes führt. Die Vermeidung der Narbenbildung und damit der Schmerzen ermöglicht ferner die frühzeitige Massage des Stumpfes und das frühzeitige Auftreten. Die zeitige Uebung ist ein äußerst wichtiger Faktor. Einem Stumpf, der tragen soll, muß früh die Gelegenheit zum Tragen gegeben werden. Das Bier'sche Verfahren, besonders in der modifizierten Weise, wie er es jetzt übt, erfordert keine besondere Technik, ist aber doch nicht so einfach wie die alten Methoden.

Der Forderung nun, einen primären Verschluß der Markhöhle zu erzielen, ist Dietel in Leipzig in etwas einfacherer Weise gerecht geworden, nämlich dadurch, daß er die ausgelöste Achillessehne über den Stumpf lagerte. Die zwischen Knochen und Haut gelagerte Sehne hindert eine Kallusbildung und eine Verwachsung von Haut und Knochen. Wegen der großen Retraktionsfähigkeit der Sehne soll sie sich zur Deckung verwenden lassen, selbst bei Amputationen bis zur Mitte des Unterschenkels. Das Verfahren ist ja äußerst einfach, aber es fragt sich, ob das Sehnengewebe nun auch als solches erhalten bleibt. D.

Digitized by Google

meint, daß die neue Aufgabe der Sehne, den Druck der Körperlast auszuhalten, imstande sei, ihre physiologische Funktion, den Zug der Muskeln zu übertragen, zu ersetzen und dadurch die Atrophie zu verhüten.

Fingerverletzungen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Von Dr. Walther Stempel (Breslau). (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 21.)

Als Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte hatte St. reichlich Gelegenheit, Fingerverletzungen zu sehen und zu begutachten; dabei konnte er sich überzeugen, daß ein großer Teil der bisherigen Behandlungsresultate noch recht viel zu wünschen übrig läßt, trotzdem bereits vor acht Jahren Ledderhose in seiner ausgezeichneten Arbeit (Ueber Folgen und Behandlung von Fingerverletzungen, Sammlung klinischer Vorträge, Leipzig 1895, No. 121) auf die schädlichen Folgen der unrichtig behandelten Fingerverletzungen aufmerksam gemacht und schon damals wichtige Maßregeln zur möglichsten Vermeidung derselben angegeben hat. Mit L. ist er der Ueberzeugung, daß in der konservativen Behandlung der Fingerverletzungen viel zu weit gegangen wird.

Tritt ein an den Fingern Verletzter in unsere Behandlung, so nehmen wir sofort die erste Reinigung, und zwar so vor, daß zunächst die verletzten Stellen mit sterilen, in Sublimatlösung getauchten Mullkompressen umhüllt und die unverletzten Finger nebst Hand mit warmem Wasser und Seife gereinigt werden. Am verletzten Glied wird der Schmutz nur mit Terpentinöl, Aether oder Benzin vorsichtig abgerieben, schließlich das ganze Glied und die Hand noch mit Sublimatlösung abgespült. Danach geht man mit frisch desinfizierten Fingern an die Untersuchung der Verletzung. St. geht nun zur Schilderung der für die verschiedenen Arten der Verletzungen notwendigen Maßnahmen über. Bei den Verletzungen leichten Grades, bei denen ein fühlbarer Bluterguß unterhalb des Nagelbettes z. B. besteht, entfernt er unter Oberst'scher Anästhesie den ganzen Nagel, da bei Unterlassung der Entfernung fast regelmäßig eine Infektion des Blutergusses, öfters im Anschluß daran sogar noch eine phlegmonöse Entzündung des Nagelbettes entsteht. — Bei mäßigen Weichteilquetschungen ohne Zertrümmerung oder Bruch eines Knochens und ohne Gelenkeröffnung bevorzugt er für die ersten Tage den feuchten Verband; nach Reinigung der Wunden folgen Salbenverbände. Ist dagegen der Knochen irgendwie lädiert, ist ein Gelenk eröffnet oder sind die Weichteile direkt von der Phalanx abgequetscht, dann entfernt er unter allen Umständen das zerquetschte Glied, wobei sein hauptsächlichstes Bestreben dahin geht, den Stumpf mit einem genügend dicken Weich-

Digitized by Google

teilpolster ohne stärkere Spannung zu bedecken. Vor Ausführung der Naht unterbindet S. nach Lösung des Gummischlauches alle spritzenden Gefäße, um eine Infektion zu vermeiden. Wichtig ist es, im Anfang täglich den Verband zu wechseln, und sobald sich an der Wunde nur geringe Rötung, Schwellung mit Schmerzempfindlichkeit zeigt, die eine oder andere Naht sofort zu lösen und feucht zu verbinden. Als Ursache der die Funktion beeinträchtigenden Glanzhaut betrachtet St.: 1. den zu weit getriebenen Konservatismus; 2. die Infektion; 3. die allzulange Fixation eines verletzten Gliedes; es muß besonders betont werden, den fixierenden Verband nicht länger liegen zu lassen, als bis die Gefahr einer Infektion vorüber ist, im Durchschnitt also 5—8 Tage; 4. zur Verhütung resp. Beschränkung der Glanzhaut ist ferner die möglichst frühzeitige Einleitung der medico-mechanischen Behandlung dringend zu empfehlen; ferner ist die Verweichlichung des verletzten Fingers durch Handschuhfinger etc. zu verbieten.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist zu berücksichtigen der Beruf des Verletzten, das Geschlecht, die Zeit, die seit dem Unfall verflossen ist. Was die Bewertung der einzelnen Finger betrifft, so wird man im allgemeinen bei völligem glatten Verlust des rechten Daumens eine Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit um 25 pCt. annehmen können, beim linken um 20 pCt., vorausgesetzt, daß die Narbe gut beweglich ist und keine trophischen Störungen bestehen. Ist nur das Endglied des Daumens verloren gegangen, so dürfte nach vollendeter Heilung eine Bewertung von 10—20 pCt. genügen; von den übrigen Fingern ist am wichtigsten der Zeigefinger. Verlust desselben rechts = 15—20 pCt., links = 10—15 pCt. Verlust nur einzelner Glieder bei sonst normaler Beschaffenheit der Hand ist entsprechend geringer abzuschätzen. Bei Exarticulation der Finger im Grundgelenk ist es besonders wichtig, das Köpfchen des zugehörigen Mittelhandknochens in schräger Richtung abzutragen. Fehlen des Mittel- und kleinen Fingers ist meist mit 10 pCt. genügend bewertet, während nach einer Entscheidung des Reichs-Versicherungsamtes beim glatten Verlust des Ringfingers, besonders links, eine Rentenentschädigung nicht erforderlich erscheint; auch ist es letztens beim Reichs-Versicherungsamt üblich, den glatten Verlust einzelner Fingerglieder des 2.—5. Fingers bei nicht qualifizierten Arbeitern nicht mehr zu entschädigen. Unter glattem Verlust eines Fingers oder Gliedes versteht St. einen Zustand, bei dem einmal die Narbe entzündungsfrei und leicht verschieblich, der Weichteillappen genügend dick und verschieblich ist, die Haut weder trophische noch Sen-

Digitized by Google

sibilitätsssörungen zeigt und die Beweglichkeit des Stumpfes, sowie der übrigen Finger normal ist. Bei der ersten Rentenfestsetzung dürfte es sich empfehlen, noch eine sogen. Gewöhnungsrente von 10—15 pCt. für die Dauer eines Vierteljahres hinzuzufügen; nach Ablauf dieses Zeitraumes ist alsdann eine erneute Untersuchung erforderlich, nach der die Gewöhnungsrente entweder entzogen oder noch weiter gewährt werden soll.

Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30proz. Wasserstoffsuperoxyd Merck schildert Dr. Curt Cohn an Dr. Unnas Klinik. (Monatshefte für prakiische Dermatologie, 37. Band.) Die Herstellung einer so hochprozentigen Lösung ist erst in neuerer Zeit gelungen; die Lösung wird von der Firma E. Merck in Darmstadt in 50 g-Flaschen in den Handel gebracht, welche mit Paraffin ausgegossen sind nnd mit einem Paraffinkorken verschlossen werden.

Im ersteren Falle handelte es sich um ein neunjähriges Mädchen, K. R., dessen ganze rechte Gesichtshälfte mit stecknadelkopfgroßen, dunkelbraunen Mälern besät war, auch die Ohrmuschel und beide Arme waren stark befallen, der übrige Körper war freigeblieben. Nach Angabe der Mutter sollen die ersten Pigmentflecke im zweiten Lebensjahr entstanden und ganz allmählich immer neue aufgetreten sein. Ein großer Teil der Naevi wurde nun in der Klinik in der Weise behandelt, daß sie täglich zweimal mit einem Tropfen der 30 proz. H_2O_2-Lösung mittelst Glasstabes betupft wurden. Dann wurde so lange gewartet, bis die Lösung auf der Haut eintrocknete, was in der Regel 15 Minuten dauert. Nun wurde die geätzte Stelle mit Zinkpflastermull bedeckt oder sich selbst überlassen. Das Betupfen konnte mehrere Tage hintereinander fortgesetzt werden, bis die Pigmentmäler verschwunden waren. Zum Vergleich wurden andere Mäler durch Salizylkanabispflastermull zum Abschälen gebracht; dabei zeigte sich deutlich der Vorzug der H_2O_2-Lösung, indem diese bei der sonst empfindlichen Patientin — ein Versuch mit dem Mikrobrenner mußte bald aufgegeben werden — keine nennenswerten Schmerzen auslöste. Während der vier Wochen, welche die Patientin in klinischer Behandlung war, gelang es, den größten Teil der Naevi zu beseitigen, zur Behandlung der Reste konnte die relativ ungefährliche Lösung der Mutter mitgegeben werden.

Die zweite Patientin war ein fünfjähriges Mädchen, A. S., welche auf dem ganzen Rumpf unregelmäßig verteilte linsen- bis zehnpfennigstückgroße, dunkel pigmentierte Naevi hatte. Das klinische Bild bot eine gewisse Aehnlichkeit mit Urticaria pigmentosa, doch ließ die mikroskopische Untersuchung keinen Mastzellentumor erkennen, sondern war für

Digitized by Google

Naevus pigmentosus charakteristisch. Auch bei dieser Patientin gelang es, innerhalb einer Woche eine große Anzahl der Pigmentflecke durch Anwendung der 30proz. H_2O_2-Lösung völlig zum Verschwinden zu bringen.

Ein dritter Fall von einem zweimarkstückgroßen Naevus pigmentosus pilosus wurde in Dr. Unnas Poliklinik in ähnlicher Weise mit sehr gutem Erfolge behandelt.

Fremdkörper im Ohre. Von Dr. Alt. (Med. Rundsch. No. 2, 1904.)

Der Otiater hat nur selten Gelegenheit, Fremdkörper im Ohre zu beobachten, bei welchen nicht vorher von unberufener Seite Extraktionsversuche ausgeführt wurden. Die meisten Fremdkörper im Gehörgange betreffen Kinder. Hat ein Kind einen Fremdkörper im Ohre, so wird zunächst von den Angehörigen mit Haarnadeln, Zündhölzchen und ähnlichen Dingen versucht, den Fremdkörper zu entfernen. Es ist klar, daß diese Manipulationen ausreichen, um den im knorpeligen Teil des Gehörganges steckenden Fremdkörper in den knöchernen Teil des Gehörganges, eventuell bis in die Trommelhöhle zu drängen. Daß hierbei gleichzeitig Verletzungen des Gehörganges gesetzt werden, ist selbstverständlich. Wenn das Kind, durch diesen Vorgang höchlichst irritiert, zu lebhafte Abwehrbewegungen ausführt, glauben die Angehörigen den Zeitpunkt für gekommen, das Kind dem Arzte zu überantworten. Die Einrichtung unserer Universitätsstudien bringt es mit sich, daß es eine relativ große Anzahl otiatrisch nicht geschulter Aerzte gibt. Ohne den Gehörgang entsprechend zu beleuchten, greift der ohrenärztlich nicht geschulte Arzt instinktiv zur Pinzette, mit der es nie gelingen kann, einen das Lumen des Gehörganges ausfüllenden Fremdkörper zu entfernen, da die Branchen der Pinzette nicht Raum finden, zwischen Gehörgangswand und Fremdkörper vorgeschoben zu werden, so daß die Einführung der Pinzette einzig und allein ein weiteres Vordrängen des Fremdkörpers über den Isthmus hinaus, ja mitunter, bei besonders energischer Manipulation durch das Trommelfell bis in die Paukenhöhle zur Folge haben kann. Während unbewußt in den Gehörgang eingedrungene Fremdkörper jahrzehntelang reaktionslos vertragen werden, bis sie gelegentlich einer Ohruntersuchung entfernt werden, bilden die durch unzweckmäßige Extraktionsversuche bis in die Paukenhöhle geschobenen und daselbst eingekeilten Fremdkörper eine direkte Lebensgefahr. Die Infektion der Paukenhöhle durch den gewiß nicht aseptischen Fremdkörper ist bei der hohen Empfindlichkeit der Paukenhöhlenschleimhaut unvermeidlich. Wegen der auftretenden Eiterung kann es zu stürmischen Reizerscheinungen

Digitized by Google

seitens des Labyrinths — Schwindel, Erbrechen —, ja selbst zu schweren zerebralen Symptomen kommen.

Die Literatur weist eine große Reihe von Todesfällen auf infolge zerebraler Komplikationen nach eingekeilten Fremdkörpern in der Trommelhöhle, und wie viele derartige Fälle dürften nicht veröffentlicht worden sein! Derartig verschleppte Fremdkörper erfordern ein rasches Fingreifen und es wird dem otiatrisch gut geschulten Arzte stets gelingen, den Fremdkörper zu entfernen. Bei den meisten Fremdkörpern im Gehörgang gelingt die Entfernung durch kräftige Ausspülungen mit einer wenigstens 80 ccm fassenden Spritze, an welcher ein kurzer Gummischlauch angesetzt ist, der bis zum Fremdkörper vorgeschoben wird. Dies gilt namentlich von harten Fremdkörpern, wie Steinchen, Korallen, Glasperlen und eingedrungenen Tierchen. Einige Schwierigkeiten bilden quellbare Fremdkörper, wie Fruchtkerne, Erbsen, Bohnen etc. Um die Quellung zu vermeiden, wird es sich bei letzteren empfehlen, vorher Alkohol einzuträufeln, beziehungsweise mit Oel auszuspritzen. Zu dem Instrumente greift der Otiater erst dann, wenn die Ausspülung nicht den gewünschten Effekt hat und wenn er sicher ist, daß der betreffende Pat. bei der Einführung eines Häkchens, einer Kürette, einer gekrümmten Sonde oder eines sonst improvisierten Insrumentes nicht Abwehrbewegungen ausführt.

Kinder, bei denen unzweckmäßige Extraktionsversuche vorausgegangen sind, werden schon bei der einfachen Ausspülung die lebhaftesten Abwehrbewegungen machen. A. pflegt bei solchen Kindern eine instrumentelle Extraktion ohne Narkose überhaupt nicht zu versuchen. Beim narkotisierten Kinde werden neuerliche Ausspülungen bezw. instrumentelle Eingriffe in den meisten Fällen den gewünschten Erfolg haben. Nur bei den in die Trommelhöhle eingedrungenen bezw. in den tiefsten Teil des Gehörganges knapp vor dem Trommelfelle eingekeilten Fremdkörpern werden operative Eingriffe erforderlich sein.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Lebensweise herzkranker Kinder. Von Dr. J. Cassel. (Zeitschrift für diätet. und physikal. Therapie. März 1904.) Den Eltern herzkranker Kinder ist in erster Linie aufs dringendste die Sorge für eine trockene, der Besonnung teilweise ausgesetzte, luftige Wohnung zu empfehlen, da mangelhaft belichtete, feuchte und dumpfige Wohnräume den Blutmangel, den herzkranke Kinder zeigen,

Digitized by Google

wesentlich befördern, und da sie besonders auch bei der solchen Kranken anhaftenden rheumatischen Anlage Rückfälle von Gelenkrheumatismus und Entzündungen der Herzhäute nur zu sehr begünstigen. Die größere Feuchtigkeit aller am Wasser gelegenen Wohnhäuser und Quartiere ist auch der Grund, weshalb Herzkranke in den ersten Jahren nach überstandenem Rheumatismus im Sommer nicht an die Seeküste geschickt werden dürfen; zweckmäßigerweise ist ihnen vielmehr der Aufenthalt auf dem flachen Lande oder im Mittelgebirge an sonnigen Orten anzuraten. Um die Kinder vor Erkältung und Durchnässung zu schützen, namentlich vor den schädlichen Folgen starker Schweiße, ist das Wollregime zu empfehlen, wenigstens solange, bis Jahre nach der letzten akuten fieberhaften Herzerkrankung verflossen sind. Besonders zu hüten sind die Kinder auch vor der Durchnässung des Schuhwerks.

Die Diät spielt bei herzkranken Kindern eine äußerst wichtige Rolle. Jede starke Nahrungsaufnahme, jedes Vielessen, das bei Kindern so leicht in Gefräßigkeit ausartet, muß strengstens verhütet werden. Wenig voluminöse Mahlzeiten in 2—3stündigen Pausen. Eng im Zusammenhang hiermit steht die Sorge für regelmäßige Stuhlentleerung. Die Kost selbst ist eine gemischte, unter Bevorzugung leicht verdaulicher Eiweißnahrung, besonders Milch, weicher Eier und zarter Fleischspeisen; auch muß sie in genügendem Maße leicht verdauliche Fette enthalten, namentlich Butterfett; von Kohlehydraten sind nur die schwer verdaulichen Hülsenfrüchte, Kohlarten und groben Brotsorten zu vermeiden, während der Genuß von sonstigen Gemüsen und Obstarten in mäßigen Mengen den Kranken nicht vorenthalten zu werden braucht. Sehr zu warnen ist vor übermäßiger Flüssigkeitsaufnahme.

Auch das vielfach so beliebte Trinken von mehreren Litern Milch täglich ist ein unverzeihlicher Fehler. Alle die Herztätigkeit stark erhöhenden und reizenden Genußmittel wie Kaffee, Tee und Alkohol in welcher Form auch immer, dürfen herzkranken Kindern niemals gereicht werden. Recht eindringlich sollten herzkranke Kinder in den Entwicklungsjahren vor den schädlichen Folgen des Tabakgenusses gewarnt werden.

Die Anordnung einer möglichst ruhigen Lebensweise stößt bei den Kindern, die man dadurch von ihren Spielgenossen trennen muß, auf große, selbst unüberwindliche Schwierigkeiten, und sie ist auch nicht einmal zweckmäßig. Spiele, namentlich im Freien, sind erlaubt; Ballspiele, Laufspiele und ähnliche Betätigungen mit einer gewissen Maßhaltung; alle sportmäßigen Spiele sind ausnahmslos zu untersagen.

Digitized by Google

Das gilt besonders für das Rudern, Radfahren, Tennisspielen, Fußballspielen, Gerätturnen und derartigen anstrengenden Spielen mehr. Von großer praktischer Wichtigkeit ist auch, ob Herzkranke kalt baden und schwimmen dürfen; einstimmig dürften alle Aerzte das Verbot des kalten Badens aufrecht erhalten, solange nicht eine Reihe von Jahren seit dem letzten Anfall von Rheumatismus oder Endokarditis verflossen ist. Die Erfahrung zeigt aber, daß Kinder mit gut kompensierten Klappenfehlern, ohne ärztlichen Rat eingeholt zu haben, oder auch trotz ausdrücklichen Verbotes, im Hochsommer ohne jeden Schaden kalte Bassinbäder und selbst Seebäder nehmen.

Bei solchen Patienten ist durch die sommerlichen Bäder eine gewisse Abhärtung eingetreten, die sie vielleicht vor erneuten Erkrankungen an Rheumatismus geschützt haben mag. Schwimmunterricht wird man allerdings niemals erlauben.

Ueberhaupt ist es zweckmäßig, bei den Kindern allmählig auf eine Abhärtung hinzuarbeiten, indem man durch kühle Abreibungen oder Waschungen oder Brausebäder die Empfindlichkeit der Haut und und des ganzen Körpers gegen Erkältungen und Infektionen herabsetzt, aber erst 1—2 Jahre nach der letzten Erkrankung.

Was den Schulbesuch betrifft, so ist in der Mehrzahl der Fälle zu empfehlen, herzkranke Kinder später als es das Gesetz vorschreibt, am Schulbesuch teilnehmen zu lassen. Es kommen hier in Betracht zunächst der große Zwang und die Disziplin gegenüber den bisher an den unbeschränkten Genuß der Freiheit gewöhnten Kindern, das Stillsitzen in mehr oder weniger gezwungener Haltung oft auf unzweckmäßig gebauten Schulbänken, die erzwungene Aufmerksamkeit, die Furcht vor Schulstrafen und die seelischen Erregungen über alles neue, das auf das Kind eindringt; ferner wirken nachteilig das frühe Aufstehen durch Abkürzung der Schlafzeit, die schlechte Luft in überfüllten und mangelhaft gelüfteten und zur Winterszeit oft fehlerhaft geheizten Räumen, endlich die Erkältungsgefahr durch den häufigen Temperaturwechsel, dem die Kinder ausgesetzt sind. Durch die Schule wird die Ansteckungsmöglichkeit der verschiedenen Infektionskrankheiten gesteigert, von denen Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie das Herz besonders gefährden. Auch in der Schule dürfen herzkranke Kinder nur an den Freiübungen dss Turnunterrichts teilnehmen, nicht aber an den Geräteübungen.

Was die Berufswahl des herzkranken Kindes betrifft, so wird man den Kindern der arbeitenden Klassen alle Berufe und Handwerke verbieten, die mit andauernder großer körperlicher Arbeit verbunden sind: die Gewerbe der Maurer, Schlosser, Tischler, Schmiede, Zimmerleute. Dringend zu

Digitized by Google

warnen ist vor dem Kellnerberuf und Beschäftigung in gastwirtschaftlichen Betrieben. Auch Landwirtschaft und Gärtnerei sind nicht zu empfehlen. Gleichermaßen sind diejenigen Berufsarten nicht zu wählen, die mit anhaltend sitzender Lebensweise verknüpft sind, wie dies bei den Schneidern, Schuhmachern, Uhrmachern, Lithographen, Bogenschreibern, Zeichnern der Fall ist. Knaben eignen sich eher für das Gewerbe der Barbiere, Glaser, Tapezierer, Dekorateure, zuweilen auch für den kaufmännischen Beruf. Bei Knaben, deren Eltern dem sog. Mittelstande angehören, kommt, wenn sie weniger begabt sind, fast nur der kaufmännische Beruf in Betracht; sind sie gut veranlagt, so könnte man an akademische Berufe denken. Arzt und Lehrer darf ein Herzkranker nicht werden, eher Rechtsanwalt, Geistlicher, Ingenieur, Architekt oder Apotheker. Für Mädchen aus den Arbeiterständen kommt fast nur in Vorschlag eine Stellung als Dienstbote mit leichterer Arbeit, ferner Beschäftigung in den Putzgeschäften und in der Bekleidungsindustrie, wobei vor dem Maschinennähen ebenso wie bei allen Herzkranken vor dem anhaltenden Arbeiten an der Schreibmaschine nicht nachdrücklich genug gewarnt werden kann. Sind bei herzkranken Knaben und Mädchen künstlerische Anlagen vorhanden, so sollen sie gepflegt werden, wenn z. B. in der Malerei ein solcher Kranker etwas leisten kann. Schwieriger ist es schon für Herzkranke, in einer mit der Ausübung der Musik verknüpften Tätigkeit ohne Schaden wirken zu können.

Verschiedenes.

Gegen das Erbrechen Schwangerer. Von Dr. Oehlschläger-Danzig. (Zentralblatt für Gynäkologie 1904/7.)

Nach Oe.'s Ansicht ist die Ursache des so häufigen qualvollen Erbrechens Schwangerer eine kontinuierliche Saftsekretion des Magens, hervorgerufen durch die Reizung der Magennerven durch die in stetiger, ungewohnter Bewegung befindliche Uterussubstanz. Die Massen des Erbrochenen sind meist sehr sauer, oft so sauer, daß die Schleimhaut des Schlundes angeätzt wird. Hünefeld-Greifswald wies zuerst nach, daß das Erbrochene öfters reine Salzsäure enthält. Oe. empfiehlt dagegen folgendes Rezept: Natr. bicarb. 8,0, Tinct. strychni 3,0, Aq. destill. 150, Syr. cinnam. 30,0. M. D. S. Alle zwei bis drei Stunden einen Eßlöffel.

Sollte dies in einem Falle nicht zum Ziele führen, so würde er zu dem schon früher empfohlenen Abortus artificialis mittelst Einspritzung von 3 g Jodtinktur in die Uterinhöhle schreiten.

Ueber die Verwendung von Antisklerosin bei Arteriosklerose. Von Dr. S. Goldschmidt. („Deutsche Praxis", Zeitschrift für praktische Aerzte, 1903, No. 19.)

Das von der Firma Natterer in München in den Handel gebrachte

Digitized by Google

Antisklerosin enthält entsprechend der Hoppe-Seylerschen Forderung (Allg. Biologie 1877, med. chem. Untersuchungen 1866) prodosi (2 Tabletten) folgende Bestandteile:

Natr. chlor.	0,77
Natr. sulfur.	0,08
Calc. glycer. phosphor.	
Magn. phosphor.	
Natr. carbonic. aa	0,03
Natr. phosphor.	0,025

und ist in Tablettenform gebracht. Das Antisklerosin enthält das Calcium glycerino-phosphoricum, ein Mittel, dessen Verwandtschaft zum Lecithin und dessen Wirkung auf das Nervensystem bekannt ist. Goldschmidt hat das Präparat in 12 Fällen von vorgeschrittener Arteriosklerose versucht. Das Gesamtresultat ergibt, daß das Mittel als ein ganz ausgezeichnetes bezeichnet werden muß, daß es nicht nur symptomatischen und vorübergehenden, sondern bisweilen auch dauernden Erfolg hat. Vergleicht man die Erfolge mit Antisklerosin und diejenigen, die man von Jodpräparaten hat, so muß man sich dahin aussprechen, daß das Jod in manchen Fällen vielleicht ebensogut, aber nicht so schnell wirkt. Ferner haften dem Jod die bekannten unangenehmen Folgeerscheinungen an, die es bei manchem Patienten unanwendbar machen. Bei Antisklerosin sind dergleichen idiosynkrasische Erscheinungen nicht aufgetreten.

Zur Verhütung des Jodismus. Von F. Lesser (Berlin). („Deutsche med. Wschr.", 1903, No. 46.)

Die Verhütung des Jodismus gelingt:

1. Durch Verabfolgung der Jodsalze in schleimigen Stoffen, denn die Mucilaginosa haben die Eigenschaft, leicht diffundierende Stoffe am schnellen Eindringen in die Gewebe zu verhindern und daher auch die Resorption der leicht aufsaugbaren Jodalkalien zu verzögern.

2. Durch Zerlegung der Tagesdosis in möglichst viele Einzeldosen. Je stärker die Jodidiosynkrasie bei einem Individuum ist, auf um so mehr Einzelgaben muß die für den ganzen Tag festgesetzte Jodkalimenge verteilt werden, denn auf je mehr Einzelgaben die Tagesdosis verteilt wird, um so geringer werden die Jodschwankungen ausfallen, und um so mehr wird sich die innerliche Jodipinkurve der Jodipininjektionskurve nähern.

3. Durch Einverleibung der Jodpräparate per Klysma.

4. Durch die Ersatzpräparate der Jodalkalien (Jodeiweiße, Jodfette). Diese Präparate müssen erst allmählich in Jodalkalien im Organismus umgesetzt werden, um im Urin ausgeschieden werden zu können. Es ist bei den Ersatzpräparaten natürlich der bedeutend geringere Jodgehalt gegenüber dem Jodkalium (76.5% Jod) zu berücksichtigen.

5. Durch Jodipininjektionen. Bei Berücksichtigung dieser Maßnahmen gelingt es fast stets, die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodpräparate, den Jodalkalismus, auszuschalten, ohne dabei der therapeutischen Wirkung verlustig zu gehen.

Redacteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 5 XLIV. Jahrgang. 25. Mai 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Neuere Antiseptica; (Schluß). — Ueber Herzuntersuchung. Ueber das Levuretin und die Saccharomyco-Therapie. Erkältung und Abhärtung (Schluß). Die subcutane Eiweißernährung. Zur Technik der Infusion. — Zur Behandlung der Myome des Uterus. Klimakterische Beschwerden. Zur Frage der Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankung der Mutter. Ueber Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo. — Eine neue Methode zur Diagnosticierung von Knochenbrüchen. Ueber eine verbesserte Infiltrations-Anästhesie. Erlaß der Regierung betreffend ärztliche Vertretung.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Neuere Antiseptica. (Schluß.) Die bedeutenden antiseptischen Fähigkeiten des Formaldehyds finden einen Ausdruck in dem in den letzten Jahren ganz außerordentlich gestiegenen Verbrauch. Die Wirkung der verschiedenen Formaldehyd-Präparate beruht natürlich einzig und allein auf der Abspaltung des Aldehydes. So ist z. B. das Glutol — identisch mit Glutol ist die als Glutoform und Collaform bezeichnete pulverförmige Formaldehydgelatine — eine Verbindung von Formaldehyd mit Gelatine und wird in einfachster Weise angewandt, indem man den geraspelten oder gepulverten Körper auf die genähten oder gerissenen Wunden aufträgt. Durch die Wirkung der Körperwärme tritt auf diese Weise ein vorzüglicher Wundverschluß ein.

Tannoform ist ein Kondensationsprodukt des Formaldehyds mit Gallusgerbsäure. Die auch als Methylenditannin bezeichnete Verbindung hat die Formel C_{29} H_{20} O_{18}. Das weißrötliche, in Wasser unlösliche Pulver wird angewandt als Streupulver, Salbe oder Seife.

Amyloform und Dextroform sind Kondensationsprodukte aus Stärke, bezw. Dextrin und Formaldehyd. Während Dextroform als wasserlösliche Verbindung zu Injektionen und Spülungen Verwendung findet, ist Amyloform ein weißes, in allen Lösungsmitteln unlösliches Pulver, aus welchem durch verdünnte Säuren Formaldehyd abgespalten wird. Es

Digitized by Google

wird als Streupulver angewandt. Das schwarzblaue Amylojodoform ist eine Verbindung von Stärke, Jodoform und Formaldehyd. Ekajodoform ist eine Mischung von Jodoform mit 0,05 Proz. Paraformaldehyd.

Aus dem Gedanken, durch Einwirkung von Jodoform auf Formaldehyd beider antiseptische Kraft zu erhöhen, entstand das Jodoformin = Jodoform-hexamethylenamin, das 25 Proz. Jodoform enthält. Zu einer ausgedehnteren Verwendung hat es dieses fast geruchlose Jodoform allerdings noch nicht gebracht.

Das als Desinfektionsmittel für Hände, Wäsche, Instrumente, sowie in 3—10 prozentiger Lösung als Wundmittel in der Veterinärpraxis empfohlene Septoforma besteht aus Kondensationsprodukten von Formaldehyd mit Körpern aus der Terpén-, Naphthalin- und Phenolgruppe, unter denen das Dioxynaphthylmethan vorherrscht. Diese Körper sind in einer alkoholischen Kaliumoleatseife gelöst. Sanoform ist Dijodsalizylsäuremethylester = $C_6 H_2 J_2 . OH . COO CH_3$. Es gilt als ein reizloser Jodoformersatz und wird angewandt als Streupulver oder als 10prozentige Salbe. Es ist farb-, geruch- und geschmacklos, im Wasser schwer, in Alkohol leicht löslich und enthält 62,7 Proz. Jod.

Aus der Naphtholgruppe ist den bereits besprochenen Verbindungen noch das Asaprol = Abrasthol β-naphtol-α-monosulfonsaures Kalcium, das jedoch nur selten angewandt wird, nachzutragen.

Wasserstoffsuperoxyd, $H_2 O_2$, gehört heute bereits zu jedem ärztlichen Inventar, so daß wir von weiterem hier absehen können.

Unter Acidum asepticum ist ein Gemisch von 3,0 g Acidum salicylicum und 5 g Acidum boricum auf 1000 g Wasserstoffsuperoxydlösung mit 1,553 Prozent. $H_2 O_2$ zu verstehen.

Aus der Gruppe des Phenols und seiner Homologen besitzen wir eine Reihe vorzüglicher und viel gebrauchter Antiseptika. Sie sind der Karbolsäure vorzuziehen, weil sie ja in der Hauptsache aus Kresolen bestehen und durch Ersatz der Kernwasserstoffe im Benzol durch Alkylradikale die antiseptische Kraft erhöht wird. Hierzu kommt noch, daß durch diese Operation die Giftigkeit abnimmt, während im Gegensatz hierzu durch Einführung von neuen Hydroxylgruppen die Giftigkeit beträchtlich steigt. Rein oder in Mischung mit Seife dienen uns diese Körper unter der verschiedenartigen Signatur als billige und brauchbare Antiseptika. Kresolin ist ein Gemisch von Rohkreosol und Harzseife, Trikersol (Enterol) ist ein Gemisch der drei isomeren Kresole, Ortho-, Meta- und Parakresol. Solveol eine Lösung von Kresolen in kretosinsaurem Natrium, Lysol und

Digitized by Google

Lysitol sind Lösungen von Alkaliverbindungen höherer Phenole in neutralen Harz- und Fettseifen, Lysoform eine flüßige, formaldehydhaltige Kaliseife, das lysolähnliche Bacillol eine Auflösung von Teerölen in Seifenlösung, ähnlich Creolin.

In der Gruppe der Antiseptika besitzen wir zahlreiche sehr brauchbare Körper. Welches Antiseptikum jeweils anzuwenden ist, hängt natürlich von dem einzelnen Falle ab. Besonders das Formaldehyd und seine Präparate zeigen für die verfchiedenartigsten Zwecke große Brauchbarkeit.

(Zeitfchrift für ärztliche Fortbildung. 7 u. 8. 04.)

II. Medicin.

Ueber Herzuntersuchung. Von F. A. Hoffmann-Leipzig. Auffallende Stärke des ersten Tones an der Spitze kommt vor: 1. bei Basedow und Nervosität überhaupt, 2. bei Mitralstenose, 3. ist bei Klappenfehlern ein Zeichen einer gestörten Kompensation. Dieses Vorkommen als Symptom bei Arteriosklerose anzuführen, muß H. für unrichtig erklären. Auffallende Schwäche des ersten Tones an der Spitze: 1. bei Myokarditis, Synechie, Ergüssen in den Herzbeutel, 2. bei Mitralinsuffizienz, 3. wenn die Kompensation der sonstigen Klappenfehler Schaden leidet, 4. bei Fettherz. Auffallende Stärke des zweiten Tones an der Spitze: 1. bei auffallender Stärke des zweiten Tones an der Basis, 2. relative Stärke (d. h. dieser Ton wird stärker, a's der erste, weil der erste fchwächer wird) bei Fettherz. Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Spitze: bei Myokarditis, Synechie und Ergüssen in den Herzbeutel. Dabei wird oft auch der erste Ton sehr fchwach, gelegentlich beide Töne unhörbar. Auffallende Stärke des ersten Tones an der Basis bedarf noch guter Beobachtung mit Sektionen, wenn es nicht einfach die Fortleitung des starken ersten Tones an der Spitze ist. Auffallende Schwäche des ersten Tones an der Basis hängt direkt mit der des ersten Tones an der Spitze zusammen. Auffalleude Stärke des zweiten Tones an der Aorta bedeutet Verstärkung der Tätigkeit des linken Ventrikels. Besonders fchön bei manchen Stenosen der Aortenklappe. Auffallende Stärke des zweiten Tones an der Pulmonalis bedeutet Verstärkung der Tätigkeit des rechten Ventrikels. Hier kann die Arteriosklerose vorhanden sein, sie muß aber nicht vorhanden sein, sie wird nicht direkt durch die sklerotifche Wand der Arterie erzeugt, auch das eigentümliche Klingen des zweiten Tones mit tiefer Vibration ist nicht ein Zeichen der Arteriosklerose an und für sich, kann

Digitized by Google

nur einen Verdacht begründen und weist auf abnorme Spannung der Aortenwand hin. Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Aorta bis zum Fehlen wird bei Aortenklappeninsuffizienz und Stenose beobachtet. Die Bedeutung dieses Zeichens ist noch nicht festgestellt. Bei Infektionskrankheiten zusammen mit Schwäche des zweiten Pulmonaltones ein sehr ungünstiges Symptom, welches auf große Schwäche der Herztätigkeit hinweist (z. B. bei Myocarditis diphtheritica). Auffallende Schwäche des zweiten Tones an der Pulmonalis bedeutet bei Fehlern an der Mitralklappe eine ungenügende Kompensation. Auffallende Schwäche der Töne an der Basis im Vergleich zu denen an der Spitze bedeutet Potatorenherz. Auffallende Schwäche der Töne an der Spitze im Vergleich zu denen an der Basis: Fettherz.

Der täglichen Praxis glaubt H. aus der Berücksichtigung dieser Verhältnisse noch einen Wink geben zu können, der unter Umständen wertvoll sein kann. Es ist wohl bekannt, welche Schwierigkeiten uns oft die Frage macht, ob wir in einem Falle Digitalis geben sollen und ob wir in einem Falle von Digitalisgebrauch etwas erwarten können. Im allgemeinen sind diejenigen Fälle für dieses Hilfsmittel geeignet, in denen eine auffallende Schwäche des ersten Tones besteht. Wenn derselbe an der Basis ganz fehlt, an der Spitze ebenso oder nur angedeutet vorhanden ist, so dürfen wir mit einem gewissen Vertrauen zu diesem Mittel greifen. (Deutsche med. Wochenschrift 17. 04.)

Dr. Karl Hedrich empfiehlt in einer Arbeit **über das Levuretin und die Saccharomyco-Therapie** (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1904, 3. Heft) die Saccharomyco-Therapie oder Hefekur überhaupt, und speziell das Levuretin in dieser Therapie als eine sehr wertvolle, wirklich unentbehrliche Medication, deren volle Bedeutung noch nicht von allen Praktikern gewürdigt wird, und die doch dank ihrer Einfachheit und Wirksamkeit überall Eingang zu finden verdient.

Das Levuretin muß auf Grund der biologischen Untersuchungen als ein hervorragender Typus von Trockenhefe betrachtet werden und kann in den Krankheiten, in denen die Hefetherapie als wirksam erprobt wurde, als Musterpräparat empfohlen werden.

Dieselben sind:

1. Hautkrankheiten: Furunculose, Anthrax, Acne, Folliculitis, Ekzem.

2. Eiterungen: Lymphangitis, Adenitis, Phlegmone, Panaritium, Angina suppurativa, Otitis, Mastoiditis, Wundeiterungen, Decubitus.

Digitized by Google

3. Luftwegeerkrankungen: Pneumonie, Bronchitis, chronischer und tuberculöser Katarrh der Luftwege.
4. Darmerkrankungen: Enteritis infectiosa.
5. Vaginitis: Vaginakatarrh, Leukorrhoe (extern).
6. Allgemeine Infektionskrankheiten:
   A. Influenza.
   B. Abdominialtyphus.
   C. Pest.
   D. Variola.
   E. Erysipel.
   F. Masern.
   G. Scharlach.
   H. Diphteritis.
7. Diabetes mellitus.
8. Adeno-Scrophulose.
9. Carcinose.

Das Levuretin ist mit Vorteil in allen diesen Fällen angewandt worden.

Die Gleichmäßigkeit seiner Composition und Qualität, seine durchaus aseptische Herstellung, sowie der Reichtum dieser Trockenhefe an hochwertigen Nährstoffen, insbesondere an Glykogen und Albumosen, und ganz speziell sein bedeutender Gehalt an Nuclein wird nach H.'s Ansicht ohne Zweifel die rasche Anerkennung seines Wertes durch alle Aerzte zur Folge haben.

Levuretin kann ohne Schaden in sehr hohen Dosen (sechs oder mehr Kaffeelöffel) verabreicht werden. Gewöhnlich genügen drei Kaffeelöffel täglich, entweder in den leeren Magen (eine Stunde vor der Mahlzeit) eingeführt oder nach der Mahlzeit. Die erste Methode empfiehlt sich bei Furunculose, Eiterungen, Infektionskrankheiten, um die Hefe so wenig wie möglich der sauren Magensekretion auszusetzen und um die Gährung zu begünstigen, weswegen gleichzeitig Absorption von reichlicher Flüssigkeit (Wasser, schwaches Zuckerwasser oder besser Honigwasser, Infuse, alles dies bei einer Maximaltemperatur von 35° C.) anzuraten ist. Die zweite Verabreichungsart empfiehlt sich bei Bronchitis, Katarrhen, Diabetes, Scrophulose, Carcinose, denn auf diese Weise wird die Umformung des Nucleins in Nucleinsäure durch den sauren Magensaft begünstigt. Das Levuretin hat im übrigen nicht den widerwärtigen Geschmack, welcher gewöhnlich den Trockenhefen eigen ist. Man kann es entweder in Wasser auflösen und nach Umrühren trinken oder direkt in den Mund einführen und mit einem Schluk Wasser herunterspülen. Bei Kindern und empfindlichen Personen kann man es vorher mit etwas Chocoladepulver mischen, oder bei Verabreichung im ge-

Digitized by Google

lösten Zustande der Lösung etwas aromatischen Syrup beimischen oder auch ein ungenügend erkaltetes aromatisches Infus zur Auflösung verwenden. Eine zweckmäßige Verabreichung bei Erwachsenen ist auch die in leichtem Bier.

Erkältung und Abhärtung. Von A. Straßer. (Dtsche Kl.) (Schluß.) Wie wir in der vorhergehenden Abhandlung gesehen haben, kann eine Erkältung die direkte oder indirekte disponierende Ursache von Krankheiten werden. Daraus folgt in erster Linie, daß man heftige, plötzliche oder langandauernde Abkühlungen möglichst vermeiden und wenn sie nicht zu umgehen waren, mit nachträglicher schleuniger Erwärmung zu behandeln suchen muß, umsomehr, wenn die Gefahren anderer Schädlichkeiten, insbesondere der Infektion gleichzeitig bestehen.

Leichtere, kurz andauernde Abkühlungen soll man dagegen nicht ängstlich scheuen, zumal man denselben auch bei der größten Vorsicht doch nicht entgehen kann. Damit tun wir den ersten Schritt zu einer rationellen Abhärtung Sie erfüllt die Aufgabe, daß wir einmal jene kleinen Temperaturdifferenzen und Witterungswechsel, denen wir täglich ausgesetzt sind, infolge von Gewöhnung weniger deutlich und unangenehm empfinden und zweitens die natürlichen Schutzvorrichtungen des Körpers und den Widerstand desselben gegen eingedrungene Krankheitskeime erhöhen. Wir sollen uns also vor allem von Jugend auf dazu erziehen, nicht wärmere Kleidung zu tragen, als mit Rücksicht auf die Temperatur und Witterung, aber auch mit Rücksicht auf unsere Bewegung unbedingt notwendig ist. Es ist ja klar, daß ein arbeitender Mensch durch seine Muskelbewegung sich mehr erwärmt, als ein ruhender oder nur spazierengehender. So lange die Luft nicht wärmer ist als das Blut — und das ist in unserm Klima wohl immer der Fall — geht fortwährend ein Luftstrom aufsteigend vom Körper aus, der beim Gehen im Freien noch stärker wird. Die Kleidung sei also durchlässig und behindere nicht diesen Luftstrom; auch die bedeckten Körperteile sollen auf diese Weise beständig mit der freien Luft in Berührung kommen.

Ein zweites außerordentlich wichtiges Mittel zur Abhärtung ist die Gewöhnung an die freie Luft. Wir sehen ja täglich, daß die beständig in freier Luft sich beschäftigenden Leute, die verschiedener Witterung, Wind, Feuchtigkeit, Durchnässung sich auszusetzen, gewöhnt sind, widerstandsfähiger im allgemeinen und abgehärteter sind als solche, die in engen, womöglich wenig gelüfteten oder schlecht zu lüftenden Stuben oder in größeren Fabrikbetrieben arbeiten. Es folgt daraus, daß man jede freie Zeit benutzen soll, sich draußen und bei jeder Witterung Beweg-

Digitized by Google

ung zu machen. Ein uraltes und bis in die neueste Zeit gern angewandtes Kräftigungs- und Abhärtungsmittel sind die Luftbäder. Sie können als Freiluftbäder in der warmen Jahreszeit im Freien, in umzäunten Revieren oder in den Schwimmanstalten genommen werden; bei rauherer Jahreszeit aber auch im Zimmer. Meist tritt sehr bald Gewöhnung an die anfangs etwas ungewohnte Prozedur ein und man fühlt sich nach einem solchen Luftbad ebenso angenehm warm und neu belebt, wie nach einem Wasserbad.

Dem Luftbad ähnlich ist das Leben in Lufthütten, wie ja die Behandlung Lungenkranker mit Liegekur in Liegehallen oder wie man es in jüngster Zeit übt, das vollständige Wohnen derselben und Schlafen in Zelten, fast allgemein durchgeführt ist. Allen diesen Hütten ist gemeinsam, daß sie an einer Seite offen und nur durch Segel- oder Leinenvorhänge verschließbar sind, so daß die Luft freien Zutritt hat, gegen die Unbilden der Witterung aber ein augenblicklicher Schutz möglich ist. Wenn auch im allgemeinen diese Art der Freiluftkur mehr Sache der Heilstättenbehandlung ist, so können wir ihr doch nahe kommen, wenn wir uns gewöhnen, die Zimmer fleißig zu lüften, sie im Winter nicht zu überheizen, unsern Sitz nicht zu sehr in der Nähe des Ofens zu nehmen und vor allem auch nachts im Schlafzimmer das Fenster offen stehen zu lassen. Wenn man morgens abgeschlagen, mit Kopfdruck aufwacht, so trägt nicht am wenigsten die Sauerstoffarmut der Luft im Schlafraum die Schuld daran. Die beständige Zufuhr frischer, reiner Luft von draußen beruhigt die Nerven, erleichtert die Atmung, gestaltet sie regelmäßiger und verbessert den Stoffwechsel.

Das dritte, am meisten angewendete, aber auch am meisten umstrittene Abhärtungsmittel bildet die Hydrotherapie. Sie ist um so leichter anzuwenden, als sie besser zu dosieren, in ihren Wirkungen abzustufen ist und weniger Zeit in Anspruch nimmt. Leider hat sich ein gewisser Abhärtungsfanatismus des Wassers bemächtigt und unterwirft unterschiedslos jeden und jede Krankheit mit Pauschalverordnungen bedingungslos Kaltwasserprozeduren, ohne zu bedenken, daß in vielen Fällen die Wasseranwendung ganz nutzlos und damit die Zeit für eine richtige Behandlung verpaßt wird, wenn sie nicht geradezu direkt schädlich wirkt. Um sich schonend und allmählich an die Reizwirkug der Kälte bei der Wasseranwendung zu gewöhnen, vermeide man zunächst ganz niedrige Temperaturen; immerhin muß ein Kältereiz stattfinden, um die Reaktionsmerkmale der Kältewirkung: Hautrötung und Wärmegefühl hervorzubringen. Dazu genügen meist schon Temperaturen, welche nur wenige Grade unter dem Indifferenzpunkte d. h. dem

Digitized by Google

Temperaturgrad liegen, der weder als kalt noch als warm empfunden wird. Weiterhin soll die Anwendung kurz sein, d. h. sie soll nicht abkühlen, sondern nur anregen. Bei empfindlichen Personen muß sie mit mechanischen Manipulationen, Reiben, Klopfen, Klatschen verbunden werden, um die Reaktion zu beschleunigen. Am besten erreicht man die Reaktion durch Kontrastreize, also z. B. durch Vornahme der Prozedur morgens aus der Bettwärme. Bezüglich der Stärke der Wirkung sind Schwamm teil- oder -ganzwaschungen am mildesten, es folgen als kräftigere Mittel Begießungen des ganzen Körpers, Douchen, Brausen und endlich Tauchbäder von 2—3 Minuten Dauer.

Hinsichtlich der Temperatur gelte als Regel bei Waschungen: Beginn mit Wasser von Zimmertemperatur und rascher Uebergang zu niedrigeren Graden bis zu 12—10° Wärme; bei Begießungen und Douchen zunächst ca. 25° C., fallend auf 20°, 18°, wobei die Anwendung recht kurz, die Brause nicht zu heftig sein soll. Es genügt der gewöhnliche Druck unserer Wasserleitungen. Bei Tauchbädern beginnt man mit 25° C. und fällt allmählich auf 20°. Natürlich kann man die einzelnen Anwendungen kombinieren, vor allem auf die Tauchbäder mit Zimmerluftbädern von 5—10 Minuten.

Während die bisher genannten Wasseranwendungen auch für Kranke und Schwächliche, Nervöse und Reconvalescenten in betracht kommen, eignen sich Fluß- und Seebäder mehr für Gesunde und schon mehr Abgehärtete.

Nach der Prozedur soll man sich, besonders in unserm Klima, gut abtrocknen resp. warm reiben und sich bald Bewegung machen.

Bei Phthisikern, bei beginnenden Spitzenkatarrhen kann man nicht früh genug mit der Abhärtung beginnen. Die Phthisiker sind ebenso hautkrank wie lungenkrank, eine erhöhte Erkältbarkeit ist oft das erste Zeichen des Leidens. Auch das meist vorhandene vermehrte Schwitzen wird dadurch günstig beeinflußt. Auch Freiluftkur ist in allen Stadien der Erkrankung als eine der ersten curativen Maßnahmen zu betrachten, im Sommer in Lufthütten nur mit Leintuch bedeckt, im Winter im Schlafsack. Wenig geheizte Zimmer und Schlafen bei offenem Fenstern lassen sich fast in jedem Falle wenigstens zunächst leicht einrichten. Es ist erstaunlich, wie Phthisiker oft selbst gegen sehr niedrige Temperaturen, durch Gewöhnung unempfindlich werden.

Die Wasseranwendung beschränkt sich bei ihnen im allgemeinen auf ein- bis zweimalige Waschungen mit Wasser, Essigwasser, Spirituswasser, Begießungen oder leichte Douchen. Danach starke Abreibungen. Die Furcht durch Douchen

Digitized by Google

Blutungen, Bluthusten hervorzurufen, ist unbegründet. Bei tiefer Temperatur oder starkem Schweisausbruch des Kranken ist natürlich jede Vornahme kalter Prozeduren unangebracht. Gegen gewohnheitsmäßigen Schnupfen ist der Gebrauch kalter Fußbäder (Wassertreten, Barfußlaufen) von 1—3 Minuten Dauer zu empfehlen.

Die Abhärtung der Kinder ist nicht zu früh zu beginnen; der zarte kindliche Körper verträgt keine großen Reizwirkungen und Wärmeverluste, wie sie Kaltwaschungen erzeugen. Dagegen nehme man vorwiegend die Luftabhärtung bei Säuglingen in Anspruch, lasse die Kinder tagsüber wenigstens aus der sie von der Luft abschließenden und beengenden Wickel frei und nur leicht zugedeckt, natürlich geschützt vor Zugluft, liegen. Die richtige Zeit für den Beginn der Wasseranwendung ist etwa das Alter, wann die Kinder zu laufen anfangen. Man beginne mit Abreibungen vor dem Schlafengehen mit Wasser von Zimmertemperatur, später gebe man allmählich kühler werdende Halbbäder oder Ganzbäder. Douchen sind wegen des zu starken Nervenreizes zu vermeiden.

Die Consequenz in der Durchführung der Abhärtungsmaßregel ist wichtiger, als die Steigerung der Intensität der Prozeduren. Viele Eltern glauben die Kinder abzuhärten, wenn sie dieselben im strengsten Winter mit nackten Beinen laufen lassen. Diese extremen Formen sind zu verwerfen und schaden oft mehr als sie nützen.

Es gibt gewisse Zeiten in der Entwickelung der Kinder, in welchen ganz besondere Vorsicht nötig ist. Das sind die Zeiten des schubweisen Wachstums, also etwa zwischen dem 4. und 5., dem 7. und 8., dem 10. und 12. Lebensjahre und bei Mädchen besonders die Pubertätszeit, besonders gegen Wärmeentziehungen ist der Körper in diesen Zeiten empfindlich und es tritt leicht Blutarmut ein.

Zum Schluß ist noch zu bemerken, daß Aeußerungen von Mißbehagen bei Kindern vielfach ihren tieferen Grund haben und deshalb nicht aus starrem Prinzip zu unterdrücken sind, bevor man genügend geprüft und die Ueberzeugung ihrer Grundlosigkeit erlangt hat. Forcierte Kuren sind nicht nur zwecklos, sondern direckt schädlich. L.

Die subcutane Eiweissernährung. Von Dr. Credé (Dresden). (Münch med. Wochenschr., 1904, No. 9.) Subcutane Einspritzungen zu Ernährungszwecken sind in denjenigen Fällen versucht worden, in denen eine Ernährung vom Magen aus nicht möglich ist und die Ernährung vom Mastdarm aus ungenügende Resultate ergibt. Man hat versucht, auf subcutanem Wege Fette (Oele) und Traubenzuckerlösungen zu Nährzwecken dem Körper einzuverleiben,

Digitized by Google

ohne bisher praktiſch brauchbare Resultate erzielt zu haben. Seit langem bemüht man sich, die subcutane Eiweißernährung zu ermöglichen. In physiologiſcher Hinsicht verdient diese den Vorzug vor der subcutanen Zufuhr von Fetten und Kohlenhydraten, weil sie geeigneter ist, den Eiweißbestand des Organismus zu erhalten. Ein Eiweißpräparat, welches subcutan dargereicht ohne Nachteil zur Assimilation kommen soll, muß 1. in Wasser ganz löslich sein; 2. sich sterilisieren lassen, und weil letzteres nur durch Kochen zu erreichen ist, hierbei nicht gerinnen; 3. darf es örtlich nicht zu sehr ſchmerzen und keine oder nur geringe Reactionen verursachen; 4, muß es assimilirbar und zum Aufbau der Zelle brauchbar sein, d. h. es darf als Eiweiß gar nicht oder nur in Spuren ausgeſchieden werden; 5. darf es nicht giftig im allgemeinen und nicht reizend für die Nieren sein. C. stellte zunächst vorsichtige Versuche mit Somatose und Nährstoff Heyden an, jedoch trat bei beiden Stoffen eine derartig starke örtliche Reaktion auf, daß die praktiſche Verwendung dieser Substanzen zur subcutanen Ernährung ausgeſchlossen erſcheinen mußte. Auch Versuche, welche er mit anderen Eiweißpräparaten anstellte, führten zu keinem Resultat. Endlich gelang es der chemiſchen Fabrik von Heyden in Dresden-Radebeul ein Präparat herzustellen, welches sich als praktiſch brauchbar erwies. Dieses Präparat ist aus Fleiſch hergestellt und enthält 95 pCt. aufgeſchlossene leicht lösliche Eiweißsubstanzen in leicht assimilirbarer Form und geringe Mengen Fleiſchsalze, darunter Phosphate, dann Spuren von Eisen und 0,2 pCt. Kochsalz. Kalodal — unter diesem Namen wird die Substanz in den Handel gebracht — ist leicht löslich in Wasser und gibt die bekannten Reaktionen der Eiweißstoffe. Die wässrigen Lösungen sind je nach der Concentration weingelb bis hellbraun gefärbt, fast geruch- und geſchmacklos, von ſchwach alkaliſcher Reaction, koch- und sterilisierbar und lange Zeit haltbar. Der Rohstoff stellt ein gelblich-braunes Pulver dar. Die 10—12 proc. Lösungen sind noch vollkommen dünnflüssig, die konzentrierteren werden dickflüssiger und ſchließlich gelatineartig. Als Lösungsmittel kann man physiologiſche oder ſchwächere Na Cl-Lösungen oder destilliertes Wasser nehmen, da Kalodal ſchon etwas Kochsalz enthält. C. wandte die subcutane Darreichung von Kalodal bei zahlreichen Kranken an, und zwar bei Patienten, welche durch Blutverluste erſchöpft zum Teil ohnmächtig waren, welche im vorgeſchrittenen Stadium von Peritonitis und Ileus sich befanden und auf normale Weise nicht mehr genährt werden konnten, ferner bei Kranken, welche an Darm- oder Speiseröhrenkrebs ltten, und endlich solchen, deren Magen sich nach ſchweren Eingriffen nicht beruhigen wollte. Als Normaldosis gab er 5 g Kalo-

Digitized by Google

dal in 50 g. Kochsalzwasser gelöst. Diese Lösung wird entweder mit der Spritze direkt gegeben oder sie wird der zur subcutanen Infusion bestimmten Kochsalzlösung von etwa 500 zugesetzt, welche in vielen Fällen gleichzeitig angezeigt ist. Die Lösung wird ebenso rasch aufgesaugt, wenn Kalodal zugesetzt war, als ohne diesen Zusatz. Bei Injektion von mehr als 5 g Kalodal auf einmal enthielt der Urin in den nächsten 24 bis 36 Stunden vermehrte Harnsäure, in selteneren Fällen geringe, meist nicht meßbare Spuren Eiweiß; in einigen Fällen hat C. 20 g Kalodal in 10proc. Lösung auf einmal injiziert; danach wurden größere Mengen Eiweiß im Urin ausgeschieden, bis 48 Stunden lang; aber die so verloren gehende Quantität Eiweiß betrug im Maximum 7 pCt. des zugeführten Kalodals. Machte er aber eine Pause von sechs Stunden zwischen den einzelnen Kalodalinjektionen, so wurden nur unmeßbare Spuren Eiweiß im Urin ausgeschieden. — Außer auf subcutanem Wege kann man das Kalodal auch per rectum zuführen, wo es sehr rasch und vollständig aufgesaugt wird. Wenn man pro Tag 20 g Kalodal einem elenden herabgekommenen Kranken auf subcutanem Wege zuführen kann, so ist dies eine Eiweißmenge, die ganz erheblich zur Erhaltung des Kranken beitragen kann. Entsprechend günstig waren auch die klinischen Erfahrungen, welche C. in manchen verzweifelten Fällen hatte. — Außer zur subcutanen Ernährung wendet er das Kalodal in ausgedehntem Maße zu Nährklystieren an, wozu es sich hervorragend eignet, da die Aufsaugung eine vollkommene ist. — Das Kalodal wird für den Verkauf im Kleinen in sterilisierten, zugeschmolzenen Glasröhren, welche je 50 g steriler 10 proc. Kalodallösung enthalten, in den Handel gebracht. Der Inhalt wird am besten mit einer Spritze entleert. In den Krankenhäusern, wo der Bedarf ein größerer ist, stellt man sich die sterilen Lösungen am besten selbst her und bewahrt sie steril auf.

Zur Technik der Infusion. Dr. Ad. Weber hat sich in seiner Landpraxis folgendes Verfahren bei der Infusion bewährt: Eine recht starke, scharfe Kanüle wird an den Schlauch eines Irrigators gesteckt und, um ein Durchsickern der Flüssigkeit zwischen Schlauch und Instrument zu verhüten, mit einer Schnur befestigt. Nachdem die Kanülenspitze durch eine Watteumwickelung geschützt ist, wird der Irrigator mitsamt dem armierten Schlauche fünf Minuten lang ausgekocht. Zu gleicher Zeit werden in einem anderen Gefäße mehrere Liter Wasser zum Sieden gebracht. In die mit einem Liter sterilisierten Wassers gefüllte Spülkanne werden 6 g Natrium chloratum gegeben und die Flüssigkeit wird mit der Nadel tüchtig umgerührt. Nun wird der Irri-

Digitized by Google

gator in einem mit kaltem Wasser gefüllten Eimer auf die richtige Temperatur abgekühlt und nach sorgfältiger Desinfektion einer Bauchseite zur Infusion geschritten. Nachdem die im Schlauche etwa noch vorhandenen Luftblasen ausgespritzt wurden, wird mit sämtlichen Fingern der linken Hand die Bauchwand gefaßt und eine Falte abgehoben. An ihrer Basis wird die Kanüle rasch eingestoßen und im Unterhautzellgewebe soweit als nur möglich vorgestoßen. Sind 250 cc. abgelaufen — was ungefähr zwei Minuten erfordert — so wird die Nadel unter Kontrolle des linken Zeigefingers langsam wieder zurückgezogen und, sobald die Spitze in die Nähe des Einstiches angelangt ist, wie ein Uhrzeiger um ungefähr 90° gedreht. Jetzt wird die Nadel nach Bildung einer Hautfalte wieder vorgestoßen und in diese Region infundiert. Dieselbe Prozedur wiederholt sich dreimal, bis ungefähr ein Liter eingeflossen ist. Die Einstichöffnung, die sich gewöhnlich in der mittleren Achsellinie handbreit unter dem Rippenbogen befindet, wird hernach antiseptisch verbunden. (Therap. Monatshefte, Jan. 1903. Centralbl. f. die ges. Therap. No. 3.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Behandlung der Myome des Uterus (cf. No. 1 04 d. Zeitschr.) steht seit langer Zeit im Vordergrunde des Interesses nicht nur der Gynäkologen, sondern auch der praktischen Aerzte. Eine Einigung aber, wie diese Behandlung am besten zu führen ist, kann erst erzielt werden, wenn man sich darüber klar ist, welche Bedeutung den Myomen überhaupt zukommt. Die alte Anschauung war: das Myom ist eine anatomisch gutartige Geschwulst, also kümmert man sich am besten nicht darum, sondern behandelt nur die Symptome mit den üblichen inneren Mitteln. Nur wenn durch sehr starke Blutungen oder durch die Größe eine Indicatio vitalis gegeben ist, dann wäre ein operativer Eingriff berechtigt. Seit langer Zeit ist es den Beobachtern aufgefallen, wie häufig die Myome des Uterus mit Herzerkrankungen kombiniert sind, aber erst in letzter Zeit beginnt man diese außerordentlich wichtige Wechselbeziehung anatomisch zu studieren. Denn es ist ganz klar, daß die Erkenntnis eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen beiden Erkrankungen von außerordentlicher Bedeutung für die Therapie werden muß. Im vorigen Jahre veröffentlichte Keßler-Dorpat in der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie" Bd. 47, S. 77 ff. eine Arbeit über Myom und Herz, welche zum ersten male eine exakte anatomische Untersuchung ent-

Digitized by Google

hält, in welcher die Myofibrosis cordis als Folge des Myoms beschrieben ist. Neuerdings ist nun aus der Göttinger Klinik von Fleck eine Arbeit unter dem Titel Myom und Herzerkrankungen in ihren genetischen Beziehungen erschienen (Archiv für Gynäkologie Bd. 71, Heft 1), welche von hervorragender Bedeutung für die Beurteilung dieser Frage ist und daher gerade hier ausführlich besprochen zu werden verdient.

Viele nehmen immer noch an, daß die Herzerkrankungen eine Folge der durch das Myom hervorgerufenen Blutungen sind. Demgegenüber lenkt Fleck mit Recht die Aufmerksamkeit auf das Verhältnis von Herzerkrankungen bei Myomen, die klinisch ohne stärkere Blutungen einhergingen. Als Norm für die „nicht blutenden" Myome läßt F. solche gelten, bei denen sich nach Angabe der Patienten oder der klinischen Beobachtung gemäß keine erhebliche Abweichung vom Menstruationstypus ergeben hat. Unter Zugrundelegung dieser Auffassung hat sich dann das interessante Resultat herausgestellt, daß unter 133 Myomfällen mit Herzaffektionen sich 56 befanden, die klinisch die Symptome der Blutung vermissen ließen, d. s. 34,6 Proz. Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen konnte F. nun feststellen, daß in allen im Laufe von über einem Dezennium aus der Göttinger Frauenklinik zur Sektion gelangten Myomfällen erhebliche anatomische Veränderungen des Cor vorhanden waren, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob 1. dieselben klinisch manifest geworden und 2. ob zu Lebzeiten das Myom zu Blutungen geführt hatte. Hiermit dürfte das Bestehen eines kausalen Zusammenhanges zwischen Myom und Herzerkrankung noch einmal einwandsfrei erwiesen sein. Als zweites Ergebnis kann F. die aus der Literatur klinisch gewonnene Erfahrung bestätigen, daß die mechanischen Veränderungen am Cor, Dilatation und Hypertrophie, zurücktreten und von untergeordneter Bedeutung sind, gegenüber der Schädigung des Herzmuskels. Unter den 11 untersuchten Fällen fand sich achtmal braune Atrophie, dreimal fettige Degeneration, darunter einmal mit brauner Atrophie verbunden. Des weiteren untersuchte F. anatomisch die zu den myomatösen Uteris gehörigen Ovarien und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Myomerkrankung des Uterus geht sehr häufig mit einer Schädigung der Herzmuskulatur einher, die nur durch die Einwirkung giftiger Substanzen erzeugt werden kann. Sie wird nicht selten begleitet von einer Adipositas, deren Entstehung sehr wahrscheinlich auf eine Anomalie der Stoffwechselvorgänge zurückzuführen ist, und endlich finden sich bei ihr als konstanter Befund grobanatomische Veränderungen der Ovarien. Daß diese 4 Faktoren in den engsten Wechselbeziehungen stehen, ist mehr als

Digitized by Google

wahrſcheinlich, wenn F. auch weit davon entfernt ist anzunehmen, mit dem zur Stütze seiner Ansicht Ausgeführten einen einwandsfreien Beweis erbracht zu haben. Wir können den Schluß dieser bedeutsamen Arbeit nur ganz wiedergeben, in welchem F. folgendes sagt: „Wenn nunmehr die Myomerkrankung des Uterus aus dem Rahmen eines selbständigen, lokalen Prozesses herausgehoben wird zum Symptom eines allgemeinen, in die Wechselbeziehungen vieler Organe tiefer eingreifenden Vorgangs, so wird dies sicherlich nicht zu bedauern sein. Hat doch die Erkenntnis, daß ein bis dahin für selbständig gehaltener Krankheitsprozeß nur eine Teilerſcheinung eines viel umfassenderen Vorganges ist, stets einen Fortſchritt in der Medizin bedeutet." F. ist absichtlich so ausführlich auf die Besprechung dieser verdienstvollen Arbeit eingegangen, weil durch dieselbe den praktiſchen Aerzten zum ersten male auf breiter wissenſchaftlicher, anatomiſcher Grundlage vor Augen geführt wird, daß es sich bei den Uterusmyomen um eine wenigstens kliniſch keineswegs gutartige Erkrankung handelt, und daß wir verpflichtet sind, dem Wachstum der Myome Einhalt zu gebieten, sobald dieselben zu unserer Kenntniß gelangen, nicht aber durch symptomatiſche Maßnahmen es zu schweren Herzdegenerationen kommen zu lassen. — Eine weitere Förderung der Therapie der Myome bringt eine Arbeit Winters-Königsberg, welcher in überaus klarer und objektiver Weise die wissenſchaftlichen Grundlagen der konservativen Myomoperation bespricht (Zeitſchrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 51, H. 1). Mit Recht sagt W., die radikale und konservative Myomoperation ist heute noch zu sehr Geſchmackssache des Operateurs oder Konsequenz seiner Technik; wir haben radikale und konservative Richtungen, radikale und konservative Operateure und oft radikale und konservative Zeiten desselben Operateurs. Nur eine wissenſchaftliche Begründung der konservativen Operationen kann eine Einigung der Ansichten herbeiführen. Aufgrund seiner eigenen reichen Erfahrungen und kritiſchen Zusammenstellung des in der Literatur zugänglichen Materials stellt W. folgende Grundsätze auf: I. Unbedingt konservativ zu operieren sind: 1. Die dünngestielten subserösen Myome, wenn der Uterus selbst frei von weiteren Myomkeimen ist. 2. Submuköse Myome, welche in der Ausstoßung begriffen sind; selbst große Myome, welche den Uterus bis an oder dicht über den Nabel vergrößern, können in dieser Weise angegriffen werden und event. in mehreren Sitzungen konservativ entfernt werden. Ausgenommen sind nur die seltenen Fälle, wo der Uterus so groß und so fest fixiert ist, daß er sich für die Vollendung der Ausſchälung nicht weit genug nach unten dislozieren läßt. — II. Unbedingt radikal zu operieren

Digitized by Google

sind: 1. Myome, welche sarkomatös degeneriert sind oder wenigstens einen begründeten Verdacht darauf erwecken. 2. Myome, welche sich mit Karzinom kombinieren. — III. Für eine Auswahl in der Indikationsstellung bleiben: 1. Die breit in der Uteruswand sitzenden subserösen Myome. 2. Die vollständig interstitiell entwickelten Myome bei gleichmäßig vergrößertem Uterus. 3. Die großen submukösen mit breiter Verbindung entwickelten Myome bei ganz geschlossener Cervix. 4. Multiple Myome verschiedener Entwicklungsformen. — Der wesentlichste Schluß der Winter'schen Arbeit ist folgender: Bei Uterusmyomen soll man im allgemeinen radikal operieren. Die konservative Operation ist in den dafür geeigneten Fällen berechtigt, wenn die Kranke weitere Nachkommenschaft dringend wünscht und wenn sie großen Wert auf Erhaltung der Menstruation legt. Etwas anders gestalten sich die Verhältnisse bei der Schwangerschaft. Hier wird wohl jeder Winter beistimmen, wenn er sagt: man muß nach den vorliegenden Erfahrungen bei der Myomotomie in der Schwangerschaft der konservativen Richtung vor der radikalen den Vorzug geben; für letztere werden wesentlich Fälle übrig bleiben, wo neben dem Haupttumor eine Menge größerer und kleinerer Keime am Uterus sitzen, wo ferner die Erhaltung des Uterus aus technischen Gründen nicht möglich erscheint, und schließlich werden eine Reihe von Fällen radikal operiert werden, weil die Schwangerschaft vorher nicht erkannt werden wird. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung.)

Klimakterische Beschwerden. Von H. Fritsch-Bonn. (Dtsch. Kl.) In allen Fällen von vorübergehender oder habituell zu reichlicher Menstruation in klimakterischem Alter muß man sich die Frage stellen: Handelt es sich um wirkliche Menstruation oder um atypische Blutung, um Menorrhagie oder Metrorrhagie; und wenn das der Fall ist, ist die Metrorrhagie das Zeichen eines malignen Neoplasmas. Als menstruationsbefördernd, also auch im Klimakterium die Periode, nachdem sie meist schon einige Zeit ausgeblieben war, wieder anregend, wirken psychische Erregungen, körperliche Anstrengungen, Höhenklima, günstige äußere Verhältnisse, gute Ernährung. Sodann behalten Frauen mit auffallend großem Uterus, mit Retroflexionen, Portiohypertrophien, chronischer Endocervicitis und Endometeitis, mit kleinen sonst wenig Beschwerden machenden Myomen die Menstruation oft lange über die normale Dauer hinaus. Nicht jede Blutung bei Frauen bis zur Mitte der fünfziger Jahre ist also a priori als pathologisch anzusehen.

Da weder die Anamnese, noch Sondirung oder manu-

Digitized by Google

elle Untersuchung nach Laminariadilationen genügende Auskunft geben, ob es sich um Menstruation oder Carcinom bezw. Myom handelt, macht Fr. in solchen Fällen in Narkose und nach desinficirender Ausspülung des Uterus multiple Incisionen vorn und hinten (seitlich nicht, wegen der Gefäße) an der Portio, bis der Finger eindringen, den Uterus völlig austasten kann. Nach der Operation — Ausbrennen der Höhle mit dem Paquelin, Enucleation eines etwa bestehenden gestielten Myoms — vernäht er die Schnittwunden mit Catgut, befestigt die Scheide wieder an der Portio und stopft den Uterus mit Jodoform oder Vioformgaze aus. Findet sich ein Corpuscarcinom, so wird natürlich der ganze Uterus beseitigt. Hat sich im Uterus kein pathologischer Inhalt gefunden, handelt es sich also um starke menstruelle Blutungen, so suche man die Plethora abdom. zu vermindern, regele die Diät, beseitige Constipation und verordne ev. Brunnenkuren (Franzensbad, Marienbad). Von Medicamenten wirken die Secalepräparate am besten prophylastisch, während der Blutung weniger. Er. gibt zwischen zwei Menstruationen tägl. 1—2 Essl. Tr. haemostyptica Denzel ev. mit Eisen verbunden; gegen die Obstipation Podophyllin. Während der Blutung empfiehlt sich dagegen Extr. fluid Gossypii 3 Theel. local Heißwasserspülungen mit der Hasse'schen Birne, welche das heiße Wasser von den äußeren Geschlechtsteilen fernhält. Von Auskratzung und Ausätzung hält Fr. bei klimacterischen Blutungen nicht viel, am ehesten noch nützt die Atmocausis nach Pincus; doch versagt auch die Ausdämpfung in einigen Fällen; man schreite dann zur Totalexstirpation per vaginam.

Ein die Patienten beunruhigender, aber nicht gefährlicher Zustand ist die Vaginitis adhaesiva vetularum. Man findet bei der Exploration eigentümliche narbenartige Stränge, die die Portio mit dem engen senilen Scheidengewölbe verbinden, im Speculum Ecchymosen in der Oberfläche der oberen Scheidenhälfte. Hier sind Spülungen mit schwach adstringierenden Lösungen, Salicylsäure oder Alsol, angebracht.

Gegen den lästigen Pruritus vulvae, der meist, wenn auch in außerordentlich geringen Absonderungen, aus dem Uterus seinen Grund hat, sind milde nicht reizende Diät, Entziehung des Alkohols, des Kaffees, milde Eccoprotica, Homburger, Karlsbader, Kissinger Kuren, angezeigt. Local vor allem Reinlichkeit. Nach jedem Urinieren, jeder Defäkation ist ein sorfältiges Abwaschen der Genitalien und des Afters mit kaltem Wasser und Wattebausch notwendig, danach bestreichen des Anus und des Dammes mit Byrolin.

Digitized by Google

Daneben Spülungen der Vagina mit Hydrarg osyeyanat., Sublamin oder Sublimat 0,5/1000,0. Lysol ist hier nicht brauchbar, weil es reizt und nicht adstringiert. Besteht Neigung zu Furunkulose bezw. zu kleinen Abscessen, so ist Hefebehandlung am Platze. Man packt die ganze Vulva in einen Brei von Wasser und Trockenhefe. Intern gibt man 3—4 Essl. frische Bierhefe. Besteht nässendes Ekzem der Vulva, so tun Streupulver mit Zinc. oxyd. crud. gute Dienste, das mit Amylum (15/100,0) mehrmals täglich dick aufgestreut wird. Sind die Schamlippen jedoch trocken, spröde und hart, die Haut rissig, desquamiert, so verordne man Borlanolinsalben (10/50,0). Eine interne Behandlung mit Brom und Morphium ist meist bei Pruritus nicht zu umgehen, um dem Pat. zunächst Ruhe und Schlaf zu verschaffen.

Harnröhrenkarunkeln kommen in der klimakterischen Periode oft vor; stark gerötet, flottieren sie leicht beweglich in der Urethralöffnung. Zuweilen, wenn der Stiel beim Urinlassen gezerrt wird, ist der Schmerz äußerst empfindlich. Man trage die Karunkeln und Schleimhautfortsätze unter Cocainisierung ab.

Beim Tenesmus vesicae handelt es sich meist um Infektion mit Bactr. coli, das bei Atrophie der senilen Vulva und der klaffenden Urethralmündung leicht in Urethra und Blase gelangt. Man verordne Blasenausspülungen mit Argent., intern Wildunger Wasser mit Natr. salicyl. oder Urotropin.

Die rein nervösen Beschwerden, wie die als Congestionen, fliegende Hitze oder Blutwallungen bezeichneten Störungen, treiben meist nur die hochgradig empfindlichen, hysterischen Frauen zum Arzt. Aber auch psychische Alterationen können mit dem Aufhören der Menstruation in Connex stehen, besonders bei psychopathisch veranlagten. Frauen. Sie kündigen sich durch allerhand reflektierte Symptome an: Dyspepsie, Hysteroneurosis ventriculi, Hemicranie, Sehschwäche, Schlaflosigkeit, melancholische Verstimmung. Stichelungen der Portio nützen zwar auf die Dauer nicht viel, haben aber vorübergehend günstige suggestive Wirkung. Abführende, ableitende Pulver, Magnes. citric. effer vesc. täglich 2—3 Theel. im Wasser, Pulv. aerophor. Tartar. depurat., Magnes. ust. bekämpfen die Wallungen; Valyl oder Baldryanthee, Oophorin und die zahlreichen antineuralgischen Mittel die Hemicranie; Kampfersäure oder Spiritusabreibungen die lästigen Schweiße. Alkoholika und Kaffee sind unbedingt zu untersagen. Physische Behandlung, Beruhigung und Aufklärung tuen das übrige, um der Frau über diese unangenehme Periode hinwegzuhelfen. L.

Digitized by Google

Zur Frage der Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankung der Mutter. Von Hahn. (Wiener med. Wochenschrift 1904/10.) Die Frage inwieweit der Fötus von Erkrankungen der Mutter bedroht wird, läßt sich mit Ahlfeld am besten in die zwei Unterfragen einteilen:

1. Welche Erkrankungen gehen von der Mutter auf die Frucht über?
2. Welche während der Krankheit der Mutter sich abspielenden Veränderungen üben einen ungünstigen Einfluß auf das Leben und die Gesundheit der Frucht aus?

Ad. 1. Alle Erkrankungen, bei denen das Gift eine gasförmige Beschaffenheit hat, gehen auf das Kind über, d. h. Vergiftungen der Mutter mit irrespirablen Gasen sind für die Frucht direkt tötlich; dazu gehört die Wirkung von CO, Chloroform etc. Die gleiche Wirkung haben in den Blutkreislauf der Schwangeren aufgenommene chemisch wirkende Gifte (Phosphor, Blei etc.). Die meisten der Mutter gereichten Medikamente, wie Morphium, Digitalis, Alkaloide etc. üben auch auf den Fötus einen Einfluß aus; man muß daher mit der Verabreichung von Medikamenten in der Schwangerschaft vorsichtig sein, was natürlich die Behandlung wesentlich erschwert und doppelt — für Mutter und Kind — verantwortlich macht. Man kann aber die inneren Mittel bei der Behandlung Schwangerer doch nicht ganz entbehren, und so hat schon mancher Arzt Ueberraschungen erlebt. Die Widerstandsfähigkeit des Fötus in den einzelnen Fällen ist nämlich enorm verschieden und läßt sich daher bezüglich der Dosis der zu verabreichenden Medikamente keine bestimmte Grenze angeben.

Von größtem praktischen Interesse ist der Einfluß akuter Infektionskrankheiten auf das Leben der Frucht. Der Satz, daß die Placentarscheidewände den Uebergang der Bakterien verhindern und daß sie erst durch die Einwirkung der Toxine durchgängig werden, ist nach Fellner nicht ohne Einschränkung aufzustellen; denn es gibt noch andere Wege, welche die Bakterien einschlagen können, ohne das Zottenepithel zu berühren. So kann eine Kommunikation zwischen mütterlichen und kindlichen Kapillaren dadurch hergestellt sein, daß infolge der Infektionskrankheit Blutungen in der Placenta und hierdurch ausgedehnte Zerstörungen zustande kommen. Z. B. abortierte eine Patientin infolge von Typhus; in der Placenta waren Bakterien schwerlich nachweisbar, hingegen im Herzblut des Kindes in großer Menge; die Placenta zeigte Hämorrhagien. Es gibt noch einen anderen Weg. Ist der Uterus von Bakterien durchsetzt, so müssen sie notwendigerweise in die Decidua, von

Digitized by Google

da in das Fruchtwasser und auf den Fötus gelangen. Lebedoff fand wohl in den Eihäuten, nie aber in der Placenta Erysipelkokken.

Die Gefahr für den Fötus wird in den späteren Monaten geringer; dieses kommt nach Fellner daher:

Je größer die Frucht, desto weniger Toxine hat sie relativ zu verarbeiten, d. h. desto weniger leicht erkrankt sie. Die Gefahr für den Fötus ist also um so größer, je jünger er ist, je länger die Bakterien einwirken und je stärker die Infektion der Mutter ist.

Aber nicht nur die Toxine, sondern auch die Antitoxine gehen auf den Fötus über, und zwar sehr rasch und frühzeitig. Darauf scheint die Erfahrungssache zu beruhen, daß der Fötus viel langsamer als die Mutter erkrankt. Die Bakterien finden eben, wenn sie anlangen, schon Antitoxine vor und können nicht ihre volle Wirkung entfalten.

Die Tuberkulose in der Schwangerschaft nimmt eine ganz gesonderte Stellung ein. Während die Mutter unter der Tuberkulose in der Gravidität sehr leidet, d. h. die Krankheit enorme Fortschritte macht, scheinen die Früchte wenig zu leiden, und fast alle Geburtshelfer haben runde, dicke Kinder von hochgradig tuberkulösen Müttern geboren werden sehen. Diese Kinder sind bei der Geburt meist ganz gesund und werden erst durch den Verkehr und das Beisammensein mit kranken Eltern krank. Deshalb erscheint es sehr erwünscht, diese Kinder möglichst bald von den Eltern zu entfernen und in gesunde Verhältnisse zu bringen. Die Erfolge dieser Maßregel sind, wie man aus Frankreich berichtet, ganz ausgezeichnete und werden desto bessere, in je früherem Alter man die Kinder aus der Umgebung der kranken Eltern entfernt.

Ad 2. Von den während der Erkrankung entstehenden Veränderungen im mütterlichen Organismus üben vor allem das Fieber und Sauerstoffmangel auf den Fötus einen ungünstigen Einfluß aus. Sehr hohe mütterliche Temperaturen töten die Frucht durch Wärmestauung. Schüttelfröste von kurzer Dauer scheinen weniger schädlich zu sein. Der mit vielen Krankheiten, speziell des Respirationstraktus, einhergehende Sauerstoffmangel und die Kohlensäureüberladung des Blutes führen oft zum Tode der Frucht.

Ueber Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo. Von Joseph. (Arch. f. Kinderheilk. 38. Bd. 1. u. 2 Heft.) Alle drei oben genannnten Affektionen haben eine gleiche Primäreffloreszenz, unterscheiden sich aber sehr wesentlich von einander.

Die Urticariaquaddel stellt sich sowohl nach äußeren Reizen durch Epizoën wie nach dem Genusse bestimmter

Digitized by Google

Speisen oder nach vorübergehenden Störungen des Stoffwechsels so häufig ein, daß man ihr keine größere Bedeutung ſchenken würde, wenn sie nicht den Ausgangspunkt ſchwerer und den Kranken lange Zeit belästigender Folgezustände bilden würde. Es gibt Urticariaformen, welche in der frühesten Kindheit beginnen und sich über Jahre, ja Jahrzehnte hinaus erstrecken. Hierzu gehört vor allem die Urticaria pigmentosa. Man sieht hierbei nicht, wie bei der gewöhnlichen Quaddel, die zentrale, helle bläschenartige Erhebung und einen roten Hof, sondern die ganze Eruption zeigt einen gleichmäßig gelblichen Farbenton, welcher sich deutlich von der umgebenden Haut ab- und über dieselbe erhebt. Während ferner die gewöhnliche Urticariaquaddel nach mehr oder weniger kurzer Dauer ihres Bestehens sich zurückbildet, ohne Residuen zu hinterlassen, bleiben bei der U. pigmentosa bräunliche Flecke zurück, welche nach äußeren Reizen wieder quaddelartig anſchwellen. Von allen annderen Urticariaformen unterſcheidet sich diese U. pigmentosa dadurch, daß sie ziemlich unbeeinflußt durch die Therapie jahrelang bestehen kann, ja selbst bis in das 20. Lebensjahr sich ausdehnt, um meist spontan im Pubertätsalter zu verſchwinden. Zu weiteren Nachprüfungen fordert allerdings der eklatante Erfolg des Zusatzes von 1,5 g. Natr. salicyl. zur Tagesportion Milch auf, welchen Arning bei einem 4-monatlichen Kinde erzielte.

Histologiſch ist nachgewiesen, daß die Pirmäreffloreszenz in dieser Form aus einem wahren Tumor von Mastzellen besteht, und man wird wohl in der Annahme nicht fehlgehen, daß diesen aus dem Bindegewebe abstammenden Mastzellen der Haut eine sehr hohe, ableitende und vielleicht sogar prophylaktiſche Bedeutung zukommt. Wahrſcheinlich müssen wir uns vorstellen, daß bei einem Ueberſchuß von Ernährungsmaterial die Mastzellen dazu bestimmt sind, es zeitweilig in sich aufzunehmen, um auf diese Weise, sei es eine Eiterung, sei es eine Geſchwulstbildung hintanzuhalten. Erst bei gelegener Zeit wird aus dem Reservoir der Mastzellen der Ueberſchuß von Ernährungsmaterial langsam an das Bindegewebe abgegeben, um von hier allmählich in den Stoffwechsel überzugehen.

Ungleich häufiger und wie viel mehr durch die Therapie zu beeinflußen, ist eine andere Urticariaform, welche meist ebenfalls in früher Kindheit einsetzt und unter mehrfachen Exazerbationen und Remissionen ſchon nach einigen Jahren zur Abheilung kommt, ohne Spuren ihres Daseins zu hinterlassen, der Strophulus infantum. Diese Affektion befällt meist gesunde, kräftige Kinder besonders abends und stört sie durch die plötzlich auffchießenden Quaddeln in ihrer Nachtruhe. Es zeigen sich nicht immer die typiſchen

Digitized by Google

Quaddeln, sondern zuweilen bieten die Eruptionen ein mehr festes, knotenförmiges Aussehen dar; anderemale wieder ist die Exsudation so stark, daß auf der Höhe der Quaddel ein Bläschen erscheint. Diagnostisch wichtig ist, daß sich niemals an das Jucken, trotz noch so vielen Kratzens, ekzemtöse Erruptionen anschließen.

Aetiologisch ist anzunehmeh, daß sich im Magendarmkanal Toxine bilden, welche reflektorisch zum Auftreten von Urticariaquaddeln Anlaß geben. Daher ist Hauptgewicht bei der Behandlung auf die Regelung der Ernährung zu legen. Bei kleinen Kindern muß man die Milch wechseln, die häufig zu fett und daher schwerer verdaulich ist. Bei älteren Kindern verbietet man vor allem den Genuß jeglichen rohen oder geräucherten Fleisches. Manche Kinder besitzen Idiosynkrasie gegen Eier, gegen frisches Obst, ja gegen gewöhnliches Wasserleitungswasser, und ist dann der Genuß dieser Dinge zu untersagen.

Neben der Regelung der Diät steht uns eine große Reihe von äußeren Medikamenten zur Verfügung, durch welche wir einerseits die Dauer der einzelnen Eruptionserscheinung abkürzen und andererseits das Jucken erheblich beeinflußen, resp. beseitigen können. In erster Linie ist der Liquor carbonis detergens anglicus zu verwenden. Man verordnet:

Rp. Liquor. carb. deterg. angl. 5,0—10,0
Zinc. oxydat.
Amyl. aa. 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. destill. ad 100,0.

Diese Flüssigkeit wird tüchtig umgeschüttelt und zweimal täglich mit einem Haarpinsel aufgepinselt; abgewaschen wird sie erst bei dem zweimal wöchentlich verordneten Bade mit einer neutralen Seife z. B. Heine's zentrifugierter Kinderseife.

Meist kommt man mit dieser Behandlungsmethode aus. Wo dies nicht der Fall ist, kann man das Bromocoll verwenden, sei es in Form einer 10—20proz. Salbe, sei es in Form einer Schüttelpinselung mit gleicher Anwendungsart wie beim engl. Teer.

Rp. Bromcoll solubile 5,0—10,0—20,0
Zinc. oxydat.
Amyl. aa. 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. destill. ad. 100,0.

In gleicher Weise kann man auch das recht empfehlenswerte Euguformum solubile (10 proz.) verwenden.

Kommt man mit den genannten Behandlungsarten nicht aus, so geht man zur Anwendung innerer Mittel über. Bei älteren Kindern gibt man Mentol als Darmantiseptikum, z. B.

Rp. Ol. amygd. dulc. 0,5
Menthol 0,1
D. tal. dos. No. 30 ad caps. gelat.
S. 3 mal tägl. 1 Kapsel.

Auch kann man Hefe verabreichen entweder in Form der gewöhnlichen Bäckerhefe, von welcher 1—2 mal täglich 1 Teelöffel in Milch verrührt genommen wird, oder in Form des Cerolins, der therapeutisch wirksamen Substanz aus der Hefe, in Dosen von 0,1—0,2 dreimal täglich.

Was schließlich die Prurigo anlangt, so kann die Diagnose derselben im Anfang stets schwer werden, so leicht sie im späteren Verlaufe des Leidens zu stellen ist. Die Krankheit beginnt meist schon in frühester Kindheit, selten später. Gegen Ende des 2. oder 3. Lebensjahres stellen sich Quaddeln ein, die eine große Aehnlichkeit haben mit den Eruptionserscheinungen des Strophulus infantum. Sehr bald aber muß es auffallen, daß diese Quaddeln ganz besonders die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten bevorzugen und hier sogar fast ausschließlich ausgeprägt sind, während die Quaddeln des Strophulus auch am Rumpfe zu finden sind. Indessen bleibt meist die Diagnose so lange in suspenso, bis sich statt der Quaddeln an den Extremitäten, besonders den unteren, kleine, oberflächliche, blasse, epidermidale Knötchen zeigen, welche sehr stark jucken, den Kindern die Nachtruhe rauben und bald zerkratzt werden.

Als ein Zeichen der allgemeinen Intoxikation des Körpers muß man es auffassen, daß im Beginne dar Erkrankung schon häufig die Inguinaldrüsen geschwollen sind. Dieses Symptom ist wohl zu unterscheiden von den sekundären Lymphdrüsenschwellungen, den sogen. Prurigobubonen, welche sich als sekundäre Lymphadenitiden infolge des Auftretens der pruriginösen Ekzeme und der Resorption von Staphylokokken einstellen. Das pruriginöse Ekzem zeigt sich sehr bald und bildet ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal vom Strophulus infantum.

Im weiteren Verlaufe der Prurigo kann man zwei strenge von einander getrennte Symptomgruppen unterscheiden, die P. mitis und ferox, welche nicht in einander übergehen, sondern von vorneherein in der Anlage, wie es scheint, vollständig verschieden sind. Naturgemäß ist auch die Prognose bei beiden Symptomenreihen eine gänzlich verschiedene. Die P. mitis ist sicher heilbar. Aber auch für die P. ferox gilt nicht mehr die absolut infauste Prognose, welche noch Hebra ihr vindizierte. Denn wir kennen jetzt doch neuere Heilmittel, mit welchen wir, wenn auch erst nach Jahren, einen guten Erfolg erzielen. Man muß aber die Kinder lange Zeit behandeln, denn die Prurigo zeigt den eigentüm-

Digitized by Google

lichen physiologischen Verlauf, daß sie im Sommer an Intensität nachlässt, um im Winter darauf wieder zu exazerbieren.

Bei der Therapie ist weniger Gewicht auf die allgemeine Ernährung als auf eine rationelle Hautpflege zu legen. Innerlich gibt man außer der Verordnung von Menthol vor allem Lebertran eventuell mit Zusatz von Jod (Rp. Jodi puri 0,1 Ol. jecor. ad 100,0.) Auch die Darreichung von Solut. Acid. sulfur 3,0: 200,0, 2stdl. 1 Eßlöffel hat sich gut bewährt.

Hauptsache ist jedoch die äußere Behandlung. Hier nützen zunächst einmal rein palliative Mittel, welche die Einfettung der Haut herbeiführen wie Naphthol (Rp. β-Naphtholi 1,0—5,0 solve in spirit. vini rectif. 9,5. Vaselini flavi ad 100,0) oder Sapolan. Zu rein kurativen Zwecken verwendet man das Euguform entweder in 10—20proz. Salben oder, wo keine erhebliche Reizung der Haut besteht, in reiner Form als Euguf. solubile purum. Die kranken Teile werden 2mal täglich bepinselt und dann bepudert. 1—2mal die Woche wird gebadet und dann das Euguform mit einer indifferenten Seife abgewaschen.

In ein Bad soll man die Kinder erst dann schicken, wenn die sekundären Ekzeme beseitigt sind.

Verschiedenes.

Eine neue Methode zur Diagnostizierung von Knochenbrüchen. Plesch. (D. Ztschr. f. Chirurgie. Bd. 69, refer. nach Mtschr. f. Unfallhlk. 1903, No. 12.)

Die Methode beruht darauf, daß der normale Knochen den Ton weiter leitet; ein eingeschaltetes Gelenk stört die Leitung nicht, modifiziert nur den Ton. Ein gebrochener Knochen zeigt jedoch wesentliche Leitungsstörungen. Zur Feststellung derselben beklopft man die Epiphyse des betr. Knochens, während man am anderen Ende mit dem Ohr direkt oder noch besser mit dem Phonendoskop auskultiert. Ist nur ein Sprung vorhanden, so hört man statt des Tons ein metallisch klingendes Geräusch, bei vollständiger Fraktur dagegen Krepitation, bei starker Dislokation oder Interposition von Weichteilen hört man garnichts. Immer muß die gesunde Seite vergleichsweise beklopft werden. Indem man die Auskultationsstelle mehr und mehr dem Ende, wo perkutiert wird, nähert, gelangt man über die Bruchstelle hinaus, schließlich an eine Stelle, wo der Ton wieder rein gehört wird; auf diese Weise ist auch eine genaue Lokalisation der Frakturstelle möglich. Die Methode ist schmerzlos, auch bei starker Schwellung ausführbar und soll da, wo eine Röntgenisierung nicht ausführbar ist, die anderen diagnostischen Methoden an Exaktheit übertreffen. Eine Nachprüfung ist sehr erwünscht.

Die Schleichsche Infiltrationsanästhesie lässt sich mit einer 0,01 proz. Kokainlösung, der auf 100³ cm 3—5 Tropfen der käuflichen 1:1000 Adrenalinlösung zugesetzt sind, in ihrer typischen Form ausführen, wobei die Anästhesie weit länger andauert, als bei Anwendung 0,1 proz. und 0,2 proz. Kokainlösungen ohne Adrenalin. Wird der Kokaingehalt auf 0,05 Proz. erhöht und 3—5 Tropfen Adrenalinlösung auf 100 cm³

Digitized by Google

zugesetzt, so kann die Operationstechnik wesentlich verändert werden, insofern, als nicht das Operationsfeld selbst, sondern nur diejenigen Gewebe der nächsten Umgebung infiltriert werden, welche die zu ihm führenden Nervenbahnen enthalten, es handelt sich nicht mehr um Infiltrationsanästhesie, sondern um Leitungsanästhesie.

Bei diesem Verfahren nach Braun-Leipzig, welches eine Kombination der Schleichschen Gewebsinfiltration mit der Hackenbruchschen „zirkulären Analgesierung" darstellt, soll zunächst das Operationsfeld, wenn möglich, durch primäre Umspritzung von einigen ihrer Lage nach sorgfältig auszuwählenden Einstichpunkten aus geschehen. Die Hohlnadel muß zuerst in die tiefsten, das Operationsfeld begrenzenden Gewebsschichten eingeführt werden, zuletzt wird das Unterhautzellgewebe infiltriert; eine besondere Infiltration der Haut ist nicht erforderlich. Oft, z. B. am behaarten Kopf, genügt die ringförmige Infiltration des Unterhautzellgewebes zur Ausschaltung des Operationsfeldes. Es lässt sich so die Ausschaltung jedes gut abgegrenzten Operationsfeldes erreichen, es können z. B. durch Infiltration des periproktalen Gewebes rings um die Analportion des Rektums und des subkutanen Gewebes rings um die Afteröffnung (wozu ungefähr 100 cm^3 nötig sind) alle Operationen in der Analgegend blutlos und vollkommen wie in der Narkose ausgeführt werden. Je grösser der Durchmesser des Infiltrationswalles ist, desto längere Zeit vergeht, bis auch der Mittelpunkt des auszuschaltenden Operationsgebietes anästhetisch wird.

Ein Erlass des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg an die Aerztekammer für Brandenburg-Berlin richtet sich gegen den Brauch, daß sich Aerzte in ihrer Praxis durch nicht approbierte Personen vertreten lassen. Derselbe lautet: „Die in letzter Zeit gemachte Wahrnehmung, daß praktische Aerzte in ihrer Praxis sich vielfach durch Studierende und Kandidaten der Medizin auf kürzere oder längere Zeit vertreten lassen, hat dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten Veranlassung gegeben, im Anschlusse an den Erlaß vom 21. April 1893 erneut auf das Bedenkliche der Zuziehung von dergleichen nicht approbierten Vertretern hinzuweisen. Ein solches Verfahren läßt nicht nur die gebotene Rücksichtnahme auf die berechtigten Interessen des arztbedürftigen Publikums vermissen, sondern erscheint auch geeignet, sowohl die Stellung und das Ansehen des Aerztestandes in der Oeffentlichkeit herabzusetzen, als auch die vertretenden Personen selbst in eine bedenkliche Lage zu bringen. Denn letztere würden eventuell genötigt sein, den Beginn der Ausübung der Heilkunde in Gemäßheit des Erlasses vom 28. Juni 1902 gleich den Kurpfuschern bei dem Kreisarzte anzumelden. Auch wird in Frage kommen, ob nicht gegebenenfalls nach Maßgabe der obwaltenden Umstände die Herbeiführung einer ehrengerichtlichen Bestrafung des auftraggebenden Arztes angezeigt sein dürfte. Im Auftrage des Herrn Ministers gebe ich der Aerztekammer von vorstehendem mit dem Ersuchen ergebenst Kenntnis, auch Ihrerseits in geeigneter Weise auf die Beseitigung des Mißstandes hinzuwirken."

Redacteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 6 XLIV. Jahrgang. 25. Juni 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Zur Casuistik der Schädelverletzungen; Originalartikel von Dr. Baumann in Lichtenau. — Zur Lecithinfrage und therapeutischen Anwendung des Lecithins. Ueber Kollargoltabletten. Ueber die Anwendung des Mesotans. — Therapie des Magengeschwürs. Ueber Malaria und die Amöbenkrankheit. Ueber den Einfluß der Nähmaschinenarbeit auf das körperliche Befinden. — Ueber freie und incarcerierte Hernien und deren Behandlung. Zur Behandlung der Epistaxis. — Ueber die Gefahren intrauteriner Injectionen. Die Behandlung der Chorea minor. Ueber den Werth des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. — Zur Therapie wiederholter Aborte. Jodipin gegen Rheumatismus.

Zur Casuistik der Schädelverletzungen.

Originalartikel von Dr. Baumann, k. Bezirksarzt in Lichtenau.

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß manche Schädelverletzungen, auch wenn dieselben anscheinend nur geringfügiger Natur gewesen, späterhin noch für den Träger verhängnisvoll werden können und das manchmal zu einer Zeit wo die früher erlittene Verletzung schon der Vergessenheit anheimgefallen. Der folgende vom Verfasser beobachtete Fall ist in dieser Beziehung ein typischer und so recht geeignet darzutun, daß die Prognose einer Schädelverletzung immer mit einer gewissen Reserve zu stellen ist. Der Fall selber verlief in folgender Weise:

Der 22 Jahre alte Patient erkrankte während einer Influenzaepidemie unter den bekannten Influenzasymptomen, die bei geeigneter Medikation in einigen Tagen zum größten Teil wieder schwanden. Auffallenderweise erhielt sich weiterhin intensiver Kopfschmerz, ebenso zeigte sich ab und zu unregelmässiges Fieber. Dieser Zustand währte so mehrere Wochen bis sich mit einem Schlage durch Hinzutreten von Erbrechen das Bild wesentlich änderte. Beim Aufsetzen im Bett trat dasselbe besonders stark auf und wurde ohne Unterschied der genossenen Speisen alles wieder unter heftigen Brechbewegungen entleert. Zu gleicher Zeit begann Patient über Schwindelgefühl zu klagen, das sich beim Auf-

Digitized by Google

stehen in besonders hohem Grade unangenehm bemerkbar machte. Dieses Symptom nahm in kurzer Zeit derart zu, daß ohne fremde Unterstützung jegliches Gehen zur Unmöglichkeit wurde. Die vorhandenen Kopfschmerzen, meist im Hinterhaupt lokalisiert, wurden immer unerträglicher, das seither ab und zu vorhandene Fieber stieg von neuem an bis zu 39° und darüber. Beim Vorhandensein dieser Symptome konnte die Diagnose Gehirnabsceß kaum mehr zweifelhaft sein und zwar mußte derselbe, darauf wiesen ja die Cardinalsymptome, cerebellares Erbrechen, Schwindel, Störungen des Gleichgewichtes, deutlich hin, im Kleingehirn seinen Sitz haben. Kurze Zeit darauf erfolgte unter Delirien, Nackensteifigkeit der exitus und die vorgenommene Sektion bestätigte die früher gestellte Diagnose. Vom Sektionsbefund seien nur die markantesten Stellen kurz angeführt. Harte Gehirnhaut an der Stelle der protuberantia int. mit dem Hinterhauptbein in grösserem Umfange fest verwachsen. Auf der Schnittfläche der rechten Kleinhirnhemisphäre zahlreiche kleinere Abscesse, des weiteren im unteren Teil derselben ein von derber Membran umschlossener haselnußgroßer Absceß. An einer Stelle der Membran eine Durchbruchsöffnung. Die mir anfänglich etwas dunkle Entstehung dieses Abscesses, fand durch die Mitteilung der Eltern des Pat. hinreichend ihre Erklärung. Ihren Aussagen zufolge hatte P. vor etwa $1^1/_2$ Jahren bei einer Rauferei einen Schlag auf das Hinterhaupt mit einem derben Stock erhalten, war infolge dessen einige Zeit bewußtlos und einige Tage bettlägerig, in der Folgezeit dann aber wieder vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig gewesen. Der hier kurz skizzierte Fall legt vor allem die Frage nahe, steht die seiner Zeit erlittene Schädelverletzung mit dem den exitus verursachenden Kleinhirnabsceß in aetiologischem Zusammenhange oder nicht. Diese Frage muß nach meiner Ansicht entschieden bejaht werden, denn daß der früher erlittene Schlag eine tiefgehende Wirkung gehabt hatte, dafür spricht mit beredter Deutlichkeit, die bei der Sektion gefundene Verwachsung der harten Gehirnhaut mit dem Knochen an der Stelle der Verletzung sowie der später in nächster Nähe entstandene Absceß. Verschiedener Ansicht sein könnte man über das zeitliche Entstehen des Abscesses. Ist derselbe schon im Anschluß an das Trauma entstanden — die vorhandene derbe Abceßmembran ließe wohl daran denken — durch Abkapselung sequestriert und für den Organismus unschädlich gemacht worden, oder ist derselbe erst späterhin unter dem Einfluß der Influenza an dem durch die Verletzung gesetzten locus minoris resistentiae entstanden? Ich für meine Person möchte den letzteren Entstehungsmodus für den wahrscheinlicheren halten mit Rücksicht auf das

Digitized by Google

rasche Zurückgehen der anfänglichen Symptome nach stattgehabter Verletzung. Nach meiner Ansicht hat das Trauma nur den loc. min. resist. geschaffen in Form einer herdförmigen Blutung. Aehnlich wie beim Entstehen einer apoplektischen Cyste haben sich die weiteren Vorgänge wie Abkapselung und Verflüssigung abgespielt. Die im Blute kreisenden Influenzabazillen haben an dieser Stelle für ihre Entwicklung besonders günstige Verhältnisse, eine Art Nährboden, gefunden und unter ihrer Einwirkung wurde der bislang für den Organismus unschädliche Cysteninhalt zu Eiter verwandelt, der nach dem Durchbruch Veranlassung gab zur Entstehung der anderen multiplen Kleinhirnabscesse.

Der mitgeteilte Fall hat auch ein gewisses forenses Interesse, sofern derselbe zur Evidenz beweist, daß bei Begutachtung derartiger Fälle, mit Rücksicht auf noch späterhin mögliche Komplikationen, stets die Prognose nur mit Vorsicht gestellt werden darf.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Zur Lecithinfrage und zur therapeutischen Verwendung des Lecithins. Von Martell. (Wiener med. Wschr. 1904, 2—3.) Die Organotherapie hat im großen und ganzen die in sie gesetzten Erwartungen nicht gerechtfertigt. Wie bekannt, geht sie von der Vorstellung aus, daß in den Organen spezifische Substanzen gebildet werden, die bei Verlust oder Erkrankungen jenen durch Substitutionen wieder zugeführt werden müssen, wenn anders der Körper seine Funktionen erfüllen soll. Die Organotherapie ist demnach eine spezifische. Immerhin ist man aber im Verlaufe ihres Studiums auf wichtige Tatsachen gestoßen; es hat sich ergeben, dass jedem Organe im tierischen Körper bezüglich seiner Bedeutung für den Gesamtorganismus eine ganz bestimmte Stelle zugewiesen ist. Auch ist man auf wichtige Wechselbeziehungen der Organe zueinander aufmerksam geworden, so z. B. auf die Beziehungen der Nebennieren zum Gehirn.

Erst verhältnismäßig spät hat sich die Therapie der Erforschung der Gewebssäfte des Zentralnervensystems zugewendet. Wissenschaftlich wurde die Auffassung, Nervensäfte zur Behandlung von Nervenkrankheiten zu verwenden, durch Babes begründet, welcher fand, daß das Hammelgehirn Substanzen enthält, welche gegen eine Infektion mit Rabies, Tetanus etc. wirksam seien.

Die letzten zwei Jahre haben nach dieser Richtung insofern einen bedeutenden Fortschritt gebracht, als es fran-

Digitized by Google

zösischen und besonders italienischen Aerzten gelang, auf den im Gehirn und Rückenmark wirksamen Körper hinzuweisen — das Lecithin. Das Lecithin findet sich weitverbreitet im Pflanzenreiche und ist hier identisch mit dem Chlorophyll; man findet es in der Hefe, in Hefekeimlingen, in Champignons, in der Rübe, im Heusamen etc., kurz, überall da, wo das Protoplasma die größte Lebens- und Wachstumsenergie entwickelt. Chemisch stellt das Lecithin eine Kombination von Phosphorsäure und Glycerin dar. Am meisten bekannt von dem Lecithin ist der Aether der Distearyl-Glyzerinphosphorsäure; dieser Aether stellt den Hauptbestandteil des gelben Eies dar.

Das Lecithin findet sich überall im tierischen Organismus, überall, wo sich Gewebe in Bildung befinden, namentlich in jungen Zellen; jedoch niemals in freiem Zustande, sondern stets in Verbindung mit Albumen. Alle neueren Arbeiten über das Lecithin zeigen, daß wir in demselben einen mächtigen Faktor zur Zellneubildung und dadurch zum Aufbau des Organismus haben. Danielowsky fand, dass unter der Darreichung des Lecithins ein außerordentliches Wachstum der Kaulquappen stattfand. Später zeigte er, daß die subkutane Einführung von Lecithin bei jungen, warmblütigen Tieren eine mächtige Anregung auf Körperwachstum, Besserung des Blutes und Wachstum der Hirnmasse ausübt. Die mit Licithin behandelten Hunde waren geistig geweckter und physisch kräftiger entwickelt als die Kontrolltiere.

Hinsichtlich der Einverleibung des Lecithins hat man den Weg der subkutanen Injektion sowie den oralen gewählt. Theoretisch scheint der Weg der subkutanen Einverleibung insoweit praktischer zu sein, als das Lecithin mehr in aktiver Form dem Organismus zugeführt wird und nicht, wie bei der oralen, der Zersetzung in seine Komponenten durch den Pankreassaft anheimfällt. Bei der subkutanen Iejektion verwendet man am besten das Lecithin in sterilisiertem Oel gelöst oder in physiologischer Kochsalzlösung in Dosen von 0,02—0,03. Auf dem Wege per os kann man die Dosis steigern auf 0,06, da alle Beobachtungen dahin führen, dass das Lecithin selbst bei Verwendung größerer Dosen absolut ungefährlich ist. Das Lecithin des Handels ist ein Ovolecithin.

Welche Rolle spielt das Lecithin nun im Organismus und welche Aufgabe hat die Lecithintherapie zu erfüllen?

Nach Gautier bildet die Verbrennung des Lecithins die hauptsächlichste Quelle der vermehrten P-Ausscheidung bei der Nerventätigkeit. Geht demnach die geistige und physische Arbeit mit einer Dekomposition des P. natural ein-

Digitized by Google

her, so haben wir in dem Lecithin ein Mittel, die Störungen in den Komplexen der Neurone zum Ausgleich zu bringen.

Nachdem wir wissen, daß das Lecithin ein integrierender Bestandteil der Nerven und der Neurone ist, so wird demgemäß jeder Lecithinverlust dieser Organe Ausfallserscheinungen zunächst einzelner Neurone, dann Gruppen von Neuronen und schließlich der von diesen abhängigen Organe zur Folge haben. Diese Ausfallserscheinungen an den Organen bestehen in ihrer funktionellen Schwäche; wir haben also in der funktionell erhöhten resp. verminderten Tätigkeit der Organe einen Maßstab für die bio-chemische Energie der nervösen Zentren.

Wenn nun von dem Gesichtspunkte ausgegangen wird, daß die objektiv nachweisbaren Störungen der Zentren in einem Lecithinmangel zu suchen sind, so sind wir auch zu der Forderung berechtigt, daß durch die Lecithinzufuhr auch diese objektiven Störungen zu beseitigen sind, und wir werden auch nur dann eine Beseitigung der Organstörungen erwarten dürfen, wenn die Ernährungsstörungen in den nervösen Zentren beseitigt und die Erregung und Reizzustände hierselbst auf das normale Maß zurückgeführt worden sind. In logischer Folgerung dieser Deduktion haben wir demgemäß mit dem Lecithin nicht die kranken Organe zu behandeln, sondern wir haben durch die genügende Zufuhr von Lecithin, also des neurogenen Materials, in den Zentralapparaten den genügenden Tonus zur Innervation und elektrischen Versorgung wiederherzustellen.

Es hat sich nun im Verfolg der Beobachtungen die merkwürdige Tatsache des differenten Verhaltens hinsichtlich des biologischen Wertgrades des Lecithins ergeben, je nachdem es aus dem Cerebrum, dem Cervikalmark und der Medulla oblongata oder dem Lendenmark gewonnen wurde.

Das Lecithcerebrin hat evident sedative, schlafbringende Wirksamkeit. Wer die angenehme Wirkung des Lecithin-Schlafes am Krankenbett oder mittels Versuche an sich selber kennen gelernt hat, wird keinen Augenblick darüber im Zweifel sein, daß wir in dem Lecithcerebrin ein physiologisches Schlafmittel besitzen. Diese Wirkung des Lecithins läßt es wünschenswert erscheinen, weitere Parallelversuche gegenüber den anderen Narkoticis anzustellen. Es ist nicht unmöglich, daß durch die Einführung des Lecithins als physiologisches Schlafmittel die Indikationen für die Verwendung der chemischen Narkotica eine wesentliche Einschränkung erfahren dürften.

Viele Versuche sind mit Lecithin bei Behandlung verschiedener Krankheiten gemacht worden; sicher bewährt sich Lecithin bei der Neurasthenie und ihren Folgezuständen, sowohl bei der Neurasthenia cerebralis als auch bei der

Digitized by Google

Neurasthenia spinalis in ihren hyperästhetischen und depressiven Formen.

Auf alle Fälle scheinen durch die Lecithinbehandlung sich für die Therapie neue Zukunftsbilder zu eröffnen.

Ueber Kollargol-Tabletten berichtet Dr. Credé-Dresden. (Allgem. Med. Zentralztg, 1904, Nr. 12.) Die neuerdings hergestellten, in praktischen kleinen Packungen käuflichen Tabletten zu 0,05 Kollargol entheben den Arzt der Mühe, für die verschiedenen Erkrankungen mehrere Antiseptika halten zu müssen, da kein Fall denkbar ist, wo Kollargol nicht anwendbar und wirksam wäre. Frische Wunden können ganz in Ruhe gelassen werden; nur ihre Umgebung braucht mit Seifenwasser oder Kollargolwasser 1:5000 (2 Tabletten in 500 g reinen Wassers) gereinigt zu werden, während man in die Wunde, je nach ihrer Größe und Bedeutung $^1/_2$—3 Kollargol-Tabletten einlegt und dann mit steriler Gaze oder sonst einem reinen Verbandstoff bedeckt. Die Tablette zergeht ganz langsam, macht das Wundsekret zu einem absolut sterilen, wirkt durch Resorption in die Ferne und macht aus dem bedeckenden Verbandstoff einen antiseptischen, braun aussehenden Stoff. Gequetschte Wunden bekommen darüber in den ersten Tagen einen Priessnitzschen Verband, andere einen trockenen. Bei Erneuerung des Verbandes legt man so lange noch Tabletten ein, bis die reaktionslose Heilung gesichert erscheint.

Mit starken Lösungen von 1 : 100—500 (2—10 Tabletten auf 50,0 Wasser) wäscht man größere septische Wunden, Abszesshöhlen, alle Körperhöhlen aus, eventuell mit Zurücklassung von Lösung in denselben. Teelöffelweise setzt man von solcher Kollargollösung der Nahrung zu bei infektiösen Magen-Darmerkrankungen, Magengeschwüren u. s. w., wobei man jedoch auch mehrmals täglich Tabletten in Substanz in Brod oder dergleichen eingehüllt geben kann. 50,0 der 1proz. Lösung (10 Tabletten auf 50,0 Wasser) verabreicht man ferner als Klysma bei septischen Erkrankungen, da wo eine Silberschmierkur oder die intravenöse Anwendung Schwierigkeiten macht.

Durch Eintauchen von Verbandmull in diese Lösung stellt man sich einen sofort anwendbaren antiseptischen Verbandstoff dar.

Die schwächeren Lösungen von 1 : 5000—10000 (1 bis 2 Tabletten auf 500,0 Wasser) dienen zu reizlosen Spülungen der Wunden, der Eiterhöhlen, der Gelenke, der Blase, der Brusthöhle, der Bauchhöhle, sowie bei Augen-, Ohren-, Nasen-, Mund-, Zahn- und Geschlechtskrankheiten. Mit ihnen macht man feuchte antiseptische Umschläge, wäscht die Haut des Kranken, die Hände, die Instrumente usw. Nie-

Digitized by Google

mals ist ein Reiz, eine Vergiftung oder eine Argyrose zu befürchten und die braunen Flecke in der Wäsche verschwinden durch das gewöhnliche Waschen.

Mit den Tabletten stellt sich der Arzt auch die 2proz. Lösung zur intravenösen Injektion dar: In eine weithalsige Flasche, die 25 g vorher abgekochtes und wieder abghkühltes destilliertes Wasser enthält, werfe man 10 Kollargol-Tabletten. Nach einigen Minuten schüttelt man tüchtig um, läßt wieder einige Minuten ruhig stehen und schüttelt dann nochmals um. Die Lösung wird filtriert oder etwa 10 bis 15 Minuten ruhig stehen gelassen, so dass etwa ungelöste Teile sich sedimentieren können. In letzterem Falle darf die Nadel der Spritze nicht bis in den unteren Teil der Flasche eintaucht werden. Diese Lösung ist monatelang haltbar und steril, kann übrigens auch aufgekocht werden.

Neben der Anwendung von Kollargol in Tablettenform behalten natürlich die anderen Darreichungsformen ihre Berechtigung und Geltung. So die als „Uguentum Credé" bezeichnete Kollargolsalbe zur Schmierkur, die 2proz. Kollargolsalbe für Haut- und Augenerkrankungen, die Pillen, Stäbchen, Suppositorien, Globuli und das Kollargolstreupulver (3,0 Kollargol, 97,0 fein zerriebener Milchzucker) zur Wundbehandlung, bei Schleimhauterkrankungen u. s. w.

Ueber die Anwendungsweise des Mesotans. Von Dr. Ludwig Weil, München. (Münch. med. Wochenschrift 1904/7.)

W. hat das Mesotan bis jetzt seit einem Jahre bei ungefähr dreißig Fällen angewandt und hat bei allen echten rheumatischen Beschwerden stets seine schmerzstillende, prompte und heilende Wirkung konstatieren können, während es dagegen bei Neuralgien oder Schmerzen infolge von Verletzungen nicht wirkt — ein Moment, welches auch diagnostisch oft verwertet werden kann. Dagegen hat W. nie — und Kollegen, die auf seinen Rat ebenso verfuhren, bestätigen ihm auf Umfrage seine Erfahrung — Nebenerscheinungen (Dermatitis, Erythema etc.), wie sie Kayser u. a. beschrieben, beobachten können, und glaubt dies auf die von ihm praktizierte Anwendungsform zurückführen zu dürfen. W. möchte letztere kurz in folgende Punkte zusammenfassen:

1. Vor allem soll nie reines Mesotan, sondern nur Mesotan und Olivenöl zu gleichen Teilen verwendet werden.

2. Das Mesotanöl darf nie kräftig eingerieben werden, sondern es soll im Tag 2—3mal je ein Teelöffel voll ganz leicht aufgerieben oder eingepinselt werden.

Gerade hierin wurde oft gefehlt, daß bei vielen Patienten stark und zu lange mit Mesotan massiert

Digitized by Google

wurde, oder gar, wie es in manchen klinischen Instituten üblich ist, der kräftigen Hand des Masseurs oder Dieners die Mesotankur überlassen wurde.

In vielen Fällen wird auch erst zum Mesotan gegriffen, wenn verschiedene andere, die Haut stark reizende Mittel, wie Senfpflaster, Chloroformöl etc. erfolglos geblieben sind. Daß in solchen Fällen, wenn die Haut und das Gewebe durch die vorhergegangene Kur bereits geschädigt resp. weniger widerstandsfähig gemacht sind, eine noch nachfolgende Mesotankur die ohnehin schon bestehende Reizwirkung merklich steigern kann und muß, gibt W. gerne zu.

3. Jedenfalls tut man gut, die Medikation, sobald stärkere Rötung der Haut auftritt, zu unterbrechen. Bei längerem Gebrauch ist es empfehlenswert, dazwischen eine mehrtägige Pause eintreten zu lassen. Auch soll das Mesotan nicht immer an ein und derselben Stelle aufgetragen werden, sondern man läßt die Einreibungen abwechselnd im Umkreis der schmerzhaften Körperpartie vornehmen.

4. Unzweckmässig ist es, wenn man nach Anwendung des Mesotanöls einen festen Verband anlegt oder, was direkt schädigend wirkt, Guttapercha oder Billrothbattist verwendet. Man bedecke die Stelle gar nicht oder höchstens mit etwas Flanell.

5. Wichtig ist weiterhin noch, wie das Mesotan in Apotheken zur Dispensation kommt. Da schon durch geringe Feuchtigkeit das Mesotan zersetzt wird, so kann z. B. die Verwendung nasser Gläser zur Mesotandispensation bereits dazu beitragen, den Salicylester zu zersetzen und somit indirekt zur Reizwirkung Anlaß geben. Die Patienten werden daher vom Arzt zweckmäßig darauf hingewiesen, ihre Einreibungsflasche durch gutes Zukorken vor Feuchtigkeitszutritt zu schützen.

W. ist durch seine Erfahrungen entschieden zu der Anschauung gelangt, daß beim Mesotanöl nur die Art der Anwendungsform meistens an den berichteten Nebenerscheinungen die Schuld trug, und glaubt, daß bei Beachtung der oben angeführten Gesichtspunkte dieses wirklich vorzüglich wirkende Mittel sich eine dauernde Verwendung bei der äußerlichen Behandlung rheumatischer Affektionen sichern wird.

II. Medicin.

Therapie des Magengeschwürs. Von C. A. Ewald, Berlin, (Dtsch. Kl.) In erster Linie ist für absolute Ruhelage zu sorgen, um dem Magen jedes Reizmoment

Digitized by Google

fernzuhalten. Bettruhe, Ernährung per rectum und mit Nahrungsmitteln, die den Magen so wenig wie möglich belästigen, bilden die Grundlage dieser Therapie. Als Adjuvantien treten schmerzstillend und zugleich reizmildernd die feuchte Wärme in Form von heißen Umschlägen und säuretilgend eine Trinkkur von heißem Karlsbader Wasser hinzu. Die Rectalernährung läßt sich unter Umständen drei, vier und mehr Tage durchführen, wenn man kleine Mengen einer 5% Cocainlösung pro os auf Eisstückchen giebt. E. läßt dazu nach der Empfehlung von Kußmaul — große Dosen von Wismuth in Suspension (ca. 15—20,0 auf 200,0 aqua pro die in 3 Portionen) vor den Mahlzeiten trinken, welches eine Schutzdecke über die freiliegende Geschwürsfläche bildet, da die laxierende Wirkung häufig beim Karlsbader Brunnen fehlt, muß sie durch Glaubersalzzusatz oder pflanzliche Abführmittel, Rheum, Senna, bewirkt werden. Haben die Kranken die dreitägige absolute Carenz bei 3mal täglich verabfolgtem Nährklystier gut überstanden, so geht man zu Milch oder Milchmehlsuppe oder Fleischbrühe von Tauben-, und Hühnerfleisch neben den Klystieren über. Vorsichtig wird dann zu größeren Quantitäten von, der feinflockigen Gewinnung wegen, mit Pegnin versetzter Milch, zu Leguminosenmehlsuppe, Hülsenfrüchten, Kastanienbrei, Sago, Tapioca, Hafermehl, Hygiama und endlich zu feingequirltem Fleisch geschritten. Erst in der dritten Woche wird eine quantitativ und qualitativ reichere Kost gestattet werden können, geschabter roher Schinken, rohe oder weich gekochte Eier, eingeweichter Semmel mit Cacao. Es ist unbedingt darauf zu halten, daß nur wenig auf einmal, aber öfter etwas gegessen wird und langsam gekaut und gut eingespeichelt wird. Auch nach erfolgter Heilung müssen heiße Speisen, Ueberladung des Magens, sowie schwer verdauliche und scharf gewürzte Kost dauernd vermieden werden.

Zur weiteren Aufbesserung der Constitution im Heilungsfortgang dienen die Eisenpräparate, welche, wenn es sich gleichzeitig um ein geschwächtes Nervensystem handelt, zur Anregung des Stoffwechsels mit Arsen verbunden werden. E. verwendet vielfach Triferrin; das As. in Pillen zu 1,5—2,0 mgrm acid. arsenicos., 2 cgrm ferr. sesquichlorat. Auch Levico-Roncegno-Wasser und die Guberquelle sind zu empfehlen.

An Stelle des Wismuth empfiehlt Pariser die billigere weiße Kreide mit Talcum zu gleichen Teilen, 1—1½ Theelöffel in Wasser, morgens und abends.

Auch für die ambulante Behandlung ist die Ordnung der Diät in erster Linie maßgebend. Der Fleischgenuß ist einzuschränken, dafür Amylaceen und Vegetabilien, sowie Fett, dem säurevermindernde Wirkung zukommt, in größe-

Digitized by Google

rer Menge zu gestatten. Der hyperacide Magensaft ist durch wiederholte kleine Gaben eines Alkalis ev. mit Rheum und Rohr- oder Milchzucker abzustumpfen. (Magues, ust. Natr. carb. Kal. carb. ana 5,0 Pulv. rad. Rhei 10,0 sacch. lact. 25,0 stdl. eine Messerpitze v. n.). Gegen den das Ulcus begleitenden Katarrh gibt Ew. Kal. jodat. 2,0 Natr. bic. 5,0 Acid. hydrocyan. dil. gtt. III, Inf. rad. Gent. 3,0 : 150,0 MDS. 3mal tägl. einen Eßl. v. z. n.

Ulcuskranke Frauen sollen nach absolvirter Cur die nächsten 2—3 Menstruationsperioden bei Ulcusdiät im Bett zubringen. Gegen die schweren Gastralgien bleibt Morphium intern und subcutan, sowie Chloroformlösungen (1 : 120,0, 2 stündl. 1 Eßl,) oder Chloroformtropfen (5—6 auf 1 Theel. Wasser), auch Wismuthaufschwemmungen mit Aq. Chloroformii, oder Jodtinctur (3mal tägl. 5 Tropfen in Wasser. Daneben Eisbeutel oder Leiter'sche Kühlschlange. Weniger gute Erfahrungen hat E. mit der von Cohnheim eingeführten Oelbehandlung (Leinöl oder Olivenöl) gesehen. Es erregt oft Uebelkeit und Brechreiz und infolgedessen Widerwillen, Appetitverlust. Von neuern Mitteln wird noch das Xeroform (4mal tägl. 0,5) gerühmt. Gegen das Erbrechen hilft am besten eine sorgfältig geregelte Diät, daneben das Trinken größerer Mengen warmen Wassers. Bei Blutbrechen ist natürlich absolute körperliche und geistige Ruhe, Vermeidung aller Reize auf den Magen erstes Erfordernis.

Neben kleinen Eisstückchen gibt E. Traubenzuckerlösung mit Fleischpeptonbouillon eiskalt oder kalte Schleimsuppe; in die Magengegend Inject. von Extr. sec. corn. (2,5 : 5 aqu + 5 glycerin) mehrmals täglich 1—2 Spritzen; ev. in Verbindung mit Morphium. Schließlich kann auch eine Ausspülung des Magens mit Eiswasser versucht werden. Drohender Collaps infolge starker Blutung ist mit den bekannten Analeptica und Kochsalzinfusionen zu bekämpfen.

Eine operative Behandlung ist indiciert:

1. Bei den durch Narbencontraktion veranlaßten Stenosen des Pylorus und dem Sanduhrmagen, wenn alle andern Mittel erschöpft sind.

2. Bei den perigastritischen Verwachsungen des Magens mit seiner Nachbarschaft.

3. Bei lebensbedrohlicher Magenblutung.

4. Bei dauernder Hyperacidität mit Dilatation und Schwäche der Muskulatur.

5. Bei Perforation, sobald wie möglich.

Unter den Bädern eignen sich die heißen Glaubersalzquellen von Karlsbad oder Neuenahr, Franzensbad, Homburg, Vichy, Ems zur Nachbehandlung. L.

Digitized by Google

Ueber die Malaria und die Amöbenkrankheiten. Mit der wärmeren Jahreszeit gewinnen manche Infektionskrankheiten für uns ein Interesse, besonders die Malaria, soweit in Deutschland durchseuchte Gegenden in Betracht kommen. Und da ist für die Atiologie dieser Krankheit, nämlich für die Uebertragung durch Mücken der Gattung Anopheles, eine sehr interessante Hausepidemie von Malaria bemerkenswert, von welcher Jancso aus dem Laboratorium der Universitätsklinik in Kolocsvar (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 76 Heft 4 u. 5) berichtet. Daselbst hat man nämlich in einem Käfig infizierte Anophelesmücken aufbewahrt, um Uebertragungsversuche auf Gesunde, die sich dazu bereit erklärt hatten, vorzunehmen. Es geschah nun, daß die Mücken aus dem Käfig entkamen, und obwohl es gelang, die Mehrzahl von ihnen wieder einzufangen, so erkrankte doch eine große Anzahl des Personals, sowie einige Kranken der Klinik an ausgesprochener Intermittens. Da am Orte sonst Malaria nicht beobachtet wird, so gehört diese Epidemie zu den sichersten Beweisen der Uebertragung der Malaria durch Mücken. Am besten wäre es also, in Malariagegenden die ganze Gattung der Anophelesmücken auszurotten, resp. ihre Brutstätten zu zerstören. Daß ein derartiges Unternehmen erfolgreich sein kann, dafür findet sich ein neuer Beweis in der Assanierung von Germersheim, einem Städtchen in der Rheinniederung, über welche Pulstinger berichtet (Münch. med. Wochenschrift 1904 No. 5). Denn dort ist es gelungen durch die Rheinkorrektion und die damit verbundene Beseitigung von Tümpeln und stagnierenden Gewässern, ferner durch die veränderte Bodenbeschaffenheit und schließlich durch reichliche und prophylaktische Gaben von Chinin, in den Jahren von 1854—1901 die Malaria zum Verschwinden zu bringen.

So zeigt es sich, daß die Amöbenkrankheiten, ebenso wie die bazillären, einer Vernichtung der Keime bedürfen, um ausgerottet zu werden. Vielleicht wird dies auch für eine neu beobachtete Monadenkrankheit gelten, nämlich für die Schlafkrankheit, welche freilich vorläufig nur in Afrika wütet, und in Europa noch nicht Wurzel gefaßt hat. Immerhin sind Beobachtungen über ihre Entstehung von großem Interesse. Im „Brit. med. Journ. Nov. 1903“ berichtet die Kommission zur Erforschung der Krankheit (David Bruce, A. Nabarrow, Capt. Greig) ausführliches darüber. Es handelt sich um ein Trypanosoma, welches ins Blut und in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangt. Die Verff. konnten die Krankheit bei Affen, ebenso bei Hunden und Ratten erzeugen. Auf Menschen wird sie durch den Biß einer Tsetse-Fliegenart übertragen. Auch bei Gesunden, die in einer von Schlafkrankheit heimgesuchten Gegend stammen, fanden

Digitized by Google

sich die Gebilde im Blute (zu 28%), wenn auch niemals in der Flüssigkeit der Spinalpunktion. Die Verff. nehmen in solchen Fällen ein Latenzstadium der Krankheit an. Eine der Schlafkrankheit ähnliche Affektion findet sich übrigens bei Pferden und anderen Tieren in derselben Gegend, deren Krankheitsherd völlig übereinstimmt mit der Verbreitung der genannten Fliegenart.

Als Amöbenkrankheit ist bekanntlich, namentlich nach Quincke's Untersuchungen, auch eine besondere Form der Enteritis festgestellt, welche auf Katzen übertragbar ist. Neuerdings hat Groß, aus der Quincke'schen Klinik, über interessante histologische Einzelheiten, die sich auf die Krankheit beziehen, berichtet (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 76 H. IV u. V.) Er konnte an der Katzendarmschleimhaut die Wanderung der Parasiten in die Darmfollikel in geeigneten Präparaten genau verfolgen.

Daß solche Amöbenkrankheiten, ebenso wie andere Infektionskrankheiten, durch starke Milzschwellungen stets kompliziert werden, die ihrerseits weniger leicht sich zurückbilden als bei den Infektionen mit Spaltpilzen ist allbekannt. Der Milztumor nach Malaria bleibt oft sehr bedeutend und kann an sich genug Beschwerden erzeugen. Solche Tumoren beruhen auf starker Hyperplasie sämtlicher Gewebselemente, das Bindegewebe mit einbegriffen. Hier trifft das nicht zu, was jüngst Grobe bei den vorübergehenden Milzschwellungen der akuten Infektionskrankheiten nachgewiesen hat, daß nämlich nur vermehrte Blutfülle die Vergrößerung der Milz erzeugt (D. Arch. f. klin. Med. B. 76, H. IV u. V). Hier ist vielmehr die reelle Vergrößerung des Organs so bedeutend, daß unter Umständen zur Milzexstirpation geschritten werden muß. In der Tat läßt sich, wie es scheint, die Milz ohne nachteilige Folgen für den Organismus entfernen. Stähelin berichtet über einen solchen Fall bei einem 24jährigen Manne, der eine Milzruption erlitten hatte (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 76 H. 4 u. 5), und F. Bayer exstirpierte eine idiopathisch hypertrophierte Milz ohne jeden Nachteil und ohne jeden Einfluß auf die Blutbestandteile. Letzterer betont freilich, daß ungeachtet solcher Erfolge die leukämische Milz niemals entfernt werden sollte, um so weniger, als sie nicht Sitz der Erkrankung ist.

Was nun die bisherigen Immunisierungsversuche gegen die Amöbenkrankheiten, speziell Malaria, anbelangt, so sind sie stets erfolglos geblieben. (Ztschr. f. ärztl. Fortbildg.)

Ueber den Einfluss der Nähmaschinenarbeit auf das körperliche Befinden. Von Dr. Nußbaum-Aschaffenburg. (Wiener klin. Rundschau, 1904, No. 17.) Durch lange fortgesetztes und anhaltendes Arbeiten mit der

Digitized by Google

Nähmaschine werden häufig nachteilige Wirkungen und Störungen im menschlichen Organismus hervorgerufen, so daß hierdurch die betreffenden Personen ernstlichen Schaden an ihrer Gesundheit erleiden können, falls diesen nachteiligen Wirkungen nicht rechtzeitig vorgebeugt wird. Zum grossen Teile sind es ja noch in den Entwickelungsjahren, in der Menarche befindliche junge Mädchen, die sich gewerbsmäßig mit Nähmaschinenarbeit beschäftigen. Die Erfahrung lehrt, daß, wenn in diesen Jahren der Entwicklung die körperliche Ausbildung und die der einzelnen Organe, insbesondere der weiblichen Genitalien, leidet, die verhängnisvollen Folgen sich oft erst in den späteren Lebensjahren zeigen.

Das anhaltende Sitzen und Treten des Nähmaschinenpedals ruft in den meisten Fällen eine Kongestion in den Organen des Unterleibes, besonders in den Genitalien, hervor. Da zu den weiblichen Genitalien vor Eintritt der Menses schon ein stärkerer Blutzufluß vorhanden ist, so wird dieser durch die genannte Beschäftigung noch verstärkt. Es treten bei diesen Arbeiterinnen oft stärkere Menorrhagien auf oder die Menses zeigen sich schon in Intervallen von nur 14 Tagen. Auch zu Aborten hat diese Art der Beschäftigung schon oft geführt, was leicht begreiflich ist, da der rechte Fuß sich in fortwährender Tretbewegung befindet, während der Leib mehr in Ruhe verharrt und nur bei stärkeren Bewegungen des Fußes leicht erschüttert wird. Durch ein derartiges andauerndes Verhalten wird einerseits die Blutzirkulation ungünstig beeinflußt und andererseits entwickelt sich eine Trägheit des Darmes, verbunden zuweilen mit Flatulenz, die sich zu schmerzhafter Darmkolik steigern kann. Durch längeres Verhalten des Darminhaltes bilden sich oft Zersetzungsprodukte, die auf den ganzen Körper wie Gifte wirken, die das Gefühl von Mattigkeit hervorrufen, sowie Neuralgien und heftige Hemikranie. Aber auch die Tätigkeit des Magens wird durch das anhaltende Sitzen ungünstig beeinflußt und nicht selten beobachtet man infolgedessen Magenkatarrh und Magengeschwür. Letzteres kann auch die Folge der bei diesen Arbeiterinnen häufig vorhandenen Anämie sein, auf deren Boden sich eine ganze Anzahl von Krankheiten entwickeln kann.

Aus den statistischen Untersuchungen, die schon vor längerer Zeit A. Gutzmann an der Berliner Universitätspoliklinik für Frauenkrankheiten angestellt hat, ergibt sich, daß bei den Maschinennäherinnen die Zahl der entzündlichen Adnexerkrankungen und der Erkrankungen des Uterus ganz wesentlich größer ist als bei dem sonstigen poliklinischen Material. Die Meinung Gutzmanns, daß diese Leiden als Folgen der lange fortgesetzten und anstrengenden Arbeiten an der Nähmaschine zu betrachten seien, ist nach N. durchaus berechtigt.

Digitized by Google

Um die geschilderten nachteiligen Folgen der Nähmaschinenarbeit möglichst zu verhüten, ist vor allem zu empfehlen, statt der Nähmaschinen mit Fußbetrieb solche mit Handbetrieb zu gebrauchen. Außerdem empfiehlt N. Abwechselung in der Beschäftigung, Geradehalten des Körpers während der Arbeit, Offenhalten der Fenster, Spaziergänge im Freien, verbunden mit Atemgymnastik.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber freie und incarcerierte Hernien und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. Julius Schnitzler, Privatdocent für Chirurgie. (Wiener med. Presse, 1904, No. 10.) Sch. erörtert jene herniologischen Fragen, die für den praktischen Arzt von weittragender Bedeutung sind. Er hebt zunächst durch einige Zahlen die große Häufigkeit des Bruchleidens hervor. Es kommen nach der letzten größeren statistischen Bearbeitung dieser Frage durch Berger in Paris auf 1000 im gleichen Lebensalter befindliche Personen im 1. Lebensjahre über 19 Bruchkranke, im 1.—4. Jahre 4, im 5.—10. Jahre 2 Bruchkranke. Die Zahl nimmt dann weiter ab, um im 20.—24. Lebensjahre mit 0,88 auf 1000 ihr Minimum zu erreichen. Nun folgt wieder eine Zunahme (30.—34. Lebensjahr 2, 35.—40. Lebensjahr 3 auf 1000), bis mit der Zeit zwischen 70. und 74. Lebensjahr, in welchem sich unter 1000 Individuen 24 Bruchkranke finden, das Maximum erreicht ist.

Die wichtigste Tatsache, die sich aus diesen Zahlen ergiebt, ist die große Häufigkeit angeborener Hernien, und zwar in allererster Linie der Leistenhernien bei Knaben, eine Tatsache, die speziell für die Beurteilung der Hernien als eventuelle Unfallsfolge von weittragender Bedeutung ist. Man hat in früherer Zeit nur jene Leistenbrüche als angeboren betrachtet, welche einen offengebliebenen Processus vaginalis aufwiesen. Die enorme Zahl von Radikaloperationen freier Hernien, welche jetzt von Chirurgen der ganzen Welt ausgeführt werden, haben jedoch eine Reihe neuerer Kriterien für den congenitalen Ursprung einer Leistenhernie an den Tag gefördert. Als mehr oder weniger zuverlässige derartige Zeichen sind die fächerförmige Ausbreitung der Gebilde des Samenstranges, das gleichzeitige Vorhandensein einer Hydrocele funiculi spermatici und endlich das Bestehen eines präperitonealen Lipoms anzuführen. Verwendet man alle derartigen Symptome, um einen Leistenbruch als angeborenen zu erkennen, so gelangt man wie Goldner zu dem Resultat, daß 55 pCt., also mehr als die Hälfte der Leisten-

Digitized by Google

brüche, angeboren sind. Hierunter ist zu verstehen, daß ein Bruchsack, also eine peritoneale Vorstülpung, vorgebildet ist und mehr oder weniger weit in den Leistenkanal hineinreicht.

Nicht minder wichtig ist aber vielleicht jene Disposition zur Hernienbildung, welche in der Schwäche der die hintere Wand des Leistenkanals bildenden Muskelschicht besteht resp. in einem nicht weit genug medial herabreichenden Ansatz dieser Muskelschicht an das Leistenband.

Diese Frage spielt für die Beurteilung der Hernien als Unfallsfolge eine Rolle und der praktische Arzt kommt oft genug in die Lage, ein Urteil abgeben zu müssen. Es ist bekannt, wie oft ein Bruchkranker die Behauptung aufstellt, seine Hernie sei Folge schwerer Arbeit im allgemeinen oder einer ganz ungewöhnlichen, einmaligen Anstrengung resp. eines Betriebsunfalles.

Daß körperliche Anstrengung bestimmter Art, speziell häufige und lange dauernde Inanspruchnahme der Bauchpresse das Entstehen einer Hernie fördern muß, ist klar, wird aber niemals den Träger der Hernie berechtigen, eine Unfallrente zu beanspruchen. Tritt aber bei einer einmaligen, besonders heftigen und plötzlichen Anstrengung ein angeblich vorher nicht vorhandener Bruch aus, so müssen eine ganze Reihe von Kriterien herangezogen werden, um zu entscheiden, ob tatsächlich einer jener seltenen Fälle vorliegt, in denen mit Recht von einem Unfallbruch gesprochen werden darf. Es ist nicht überflüssig, zu betonen, daß zunächst festgestellt werden muß, ob überhaupt eine Hernie vorliegt. Hat doch Hägler die interessante Mitteilung gemacht, daß nicht weniger als 15 pCt. der sogenannten Unfallbrüche sich bei der genaueren Untersuchung als Bubonen, Hydrocelen, Epididymitiden etc. herausgestellt haben! Soll eine Hernie als Unfallfolge anerkannt werden, so muß sie der jetzt herrschenden Lehre nach klein und irreponibel sein. Findet man dann noch gelegentlich der Operation kleine Blutungen oder Einrisse entspreehend der Bruchpforte, so wird man die traumatische Entstehung der Hernie kaum bezweifeln dürfen. Sch. glaubt aber auch, daß die Incarceration einer schon länger bestehenden Hernie, wenn die Irreponibilität und Schmerzhaftigkeit sich unmittelbar an ein Trauma angeschlossen haben, in ursächlichen Zusammenhang mit diesem Trauma gebracht werden kann oder muß, und daß der Arzt hier den humanen Tendenzen der Unfallgesetzgebung entgegenkommen darf.

Zweifellos können an atypischen Stellen sitzende Hernien durch ein an dieser Stelle direkt einwirkendes Trauma zustandekommen.

Digitized by Google

Was die Beschwerden und Gefahren betrifft, die eine Hernie für ihren Träger mit sich bringt, so muß zunächst betont werden, daß erstens oft genug eine Hernie vom Lebensbeginn bis zum Tode getragen werden kann, ohne daß sie jemals irgendwelche Störungen hervorruft, daß ferner keine Proportion zwischen Größe einer Hernie und Beschwerden besteht, und daß es endlich mitunter bei Vorhandensein einer Hernie und gleichzeitigem Bestehen von gastrointestinalen oder neuralgischen Beschwerden nicht so leicht ist, zu unterscheiden, ob die Hernie die Ursache dieser Beschwerden ist. Oft genug ist allerdings eine Hernie nicht Ursache somatischer, sondern psychischer Beschwerden, und der Wunsch, trotz Fehlens jeder körperlichen Störung von dem „Schönheitsfehler" befreit zu werden, ist ein häufiger und gewiß hinreichender Grund zur Ausführung der Radicaloperation. Die durch Hernien hervorgerufenen Störungen sind in seltenen Fällen Neuralgien, welche durch Druck oder Zerrung provoziert, weithin ausstrahlen können. So sah Sch. einen ca. 60jährigen Mann, bei welchem neben einer übrigens reponiblen linksseitigen Cruralhernie eine Neuralgie des N. cutaneus femor. ext. bestand.

Die häufigsten Störungen infolge von Hernien sind Koliken, Dyspepsien, Obstipation etc.

Die durch die epigastrischen Hernien hervorgerufenen Beschwerden beanspruchen ein besonderes Interesse Hier werden nämlich äußerst häufig Klagen mitgeteilt, die zunächst an ein Ulcus ventriculi oder an eine Cholelithiasis denken lassen müssen. Da nun die diesen Beschwerden im speziellen Falle zu Grunde liegende epigastrische Hernie zumeist sehr klein ist, so daß sie nicht „von selbst" bemerkt wird, so ergibt sich die Regel, in derartigen Fällen immer direkt nach einem epigastrischen Bruch zu suchen und die Gegend zwischen Schwertfortsatz und Nabel in Rückenlage wie im Sitzen genau zu untersuchen, wenn man nicht vielmehr den richtigen Grundsatz verfolgt, bei Klagen, die sich auf den Intestinaltract beziehen, stets alle Bruchgegenden genau zu untersuchen. Man wird oft durch die Entdeckung einer kleinen Hernie dem Kranken eine unnütze diätische Kur oder eine Karlsbader Reise ersparen können. Sch. hat eine ganze Reihe kleiner epigastrischer Hernien gesehen, welche zu recht schweren Krankheitserscheinungen und zu hochgradiger Abmagerung geführt hatten, so daß oft genug der Verdacht auf eine Stenose im Magendarmtract oder auf ein Carcinom nahelag.

Von weit höherer Dignität als die Beschwerden, welche eine Hernie nach sich ziehen kann, sind die Gefahren, welche dem Träger einer solchen drohen, und die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer In-

Digitized by Google

carceration bildet den Maßstab für die objektive Indicationsstellung zur Radikaloperation.

Es ist nun die Frage, ob diese Complication nicht durch das Tragen eines Bruchbandes vermieden werden kann und tatsächlich richten ja unsere Kranken oft genug die Frage an uns, ob sie bei consequentem Tragen eines guten Bruchbandes nicht wie Gesunde leben könnten. Aber die Erfahrungen alter und moderner Chirurgen stimmen in dem Punkte überein, daß das Tragen eines Bruchbandes keinen Schutz gegen das Eintreten einer Incarceration gewährt. Es ist ja auch selbstverständlich, daß ein Bruchband, dessen Federkraft so stark wäre, daß unter allen Umständen das Vortreten einer Hernie verhindert würde, nicht dauernd ertragen werden könnte. Andererseits muß aber zugegeben werden, daß ein gut sitzendes Bruchband zumeist die Hernie zurückhält. Damit ein Bruchband gut sitze, muß es aber nicht nur passend gemacht werden, sondern auch richtig angelegt sein. Beide Postulate bleiben oft genug unerfüllt. Vor allem gibt es Körperformen und Bruchlokalisationen, die dem Bandagisten fast unlösbare Probleme stellen, so daß die Pelotte immer wieder abrutscht oder die Bruchpforte nicht gleichzeitig an allen Punkten fest deckt. Dann aber ist zum Anlegen eines Bruchbandes ein Maß an Intelligenz erforderlich, das nicht allen Hernienbesitzern beschieden ist. Oft ist es ganz unmöglich, dem Kranken ein Urteil darüber zuzumuten, ob seine Hernie reponiert ist oder nicht, oft erscheint ein Patient mit einem auf dem Leistenkanal liegenden Bruchband und einer unter der Pelotte in's Scrotum herabsteigenden Hernie. Und wenn wir dann noch — nicht so selten erfahren, daß ein Bandagist einem mit einer irreponiblen Hernie behafteten Kranken ohne Bedenken ein Bruchband liefert und anlegt, das unter diesen Verhältnissen nur schaden, nicht nützen kann, dann muß man sagen, daß die Bruchbandbehandlung nicht zu den einfachsten Problemen der ärztlichen Praxis gehört. Bei reponiblen Hernien kann natürlich ein Bruchband gewöhnlicher Art getragen werden; nur muß dem Kranken die Art der Anlegung, speziell die Kontrole der erfolgten completten Reposition eingeschärft werden. Bei irreponiblen Schenkel- oder kleinen Leistenbrüchen kann unter Umständen ein Bruchband mit concaver Pelotte getragen werden. Irreponible Scrotalhernien können nur durch ein Suspensorium geschützt werden. Irreponible kleine Nabel- und Ventralhernien können ebenfalls durch eine concave Pelotte geschützt werden. Größere irreponible Nabel-(Ventral-)Hernien vertragen nur eine weiche Bauchbinde. Gerade bei diesen Formen sind übrigens Complicationen durch keine Art von Bandagen zu verhüten.

Digitized by Google

Wenn man nun bedenkt, daß das Tragen von Bruchbändern auf gewisse Bruchformen beschränkt bleiben muß, daß die Anfertigung und Anlegung nichts weniger als einfach, daß der dadurch gebotene Schutz vor Comp'icationen ein recht unsicherer ist, so begreift man, daß der moderne Chirurg die Radicaloperation der Hernien in erste Reihe stellt und daß nur die Contraindicationen gegen diese Operation die Indicationen für die Verordnung der Bracherien bilden. Man wird die Radicaloperation natürlich nicht unbedingt empfehlen, wenn man annehmen kann, daß eine spontane Heilung der Hernie zu erwarten ist. Daß bei kleinen Kindern unter Bandagenbehandlung resp. Prothesen völlige Ausheilung angeborener Brüche eintreten kann, ist altbekannt. Bei der angeborenen Nabelhernie ersetzt man jetzt zweckmäßiger Weise den alten Heftpflasterband durch die von Escherich zu diesem Behufe herangezogene Paraffininjection nach Gersuny. Beim Leistenbruch der Säuglinge bedient man sich entweder eines französischen Bruchbandes oder man wendet ein aus Baumwollsträhnen durch eigentümliche Verknotung zu improvisierendes Bruchband an, das ebenso billig als zweckentsprechend ist und das, wie alle zum Zwecke der Ausheilung verordneten Bracherien, Tag und Nacht unausgesetzt getragen werden muß. Doch ist hervorzuheben, daß, wenn auch vollständige Heilung angeborener Leistenbrüche durch konsequentes Tragen von Bandagen noch jenseits des siebenten Lebensjahres beobachtet werden kann, dies doch nur bei engem Bruchkanal zu erwarten ist. Da ferner gerade bei kleinen Kindern das dauernde Tragen von Bruchbändern mit vielen Unannehmlichkeiten (Verunreinigung, Ekzem etc.) verbunden ist, da die häufige Complication mit Kryptorchismus in vielen Fällen die Anwendung eines Bandes unmöglich macht oder contraindicirt, da endlich die das Bruchband tragenden kleinen Knaben doch in ihrer freien körperlichen Entfaltung gehindert sind, so mehrt sich die Zahl der Chirurgen, welche auch bei kleinen Kindern und Säuglingen die Radicaloperation in erster Linie empfehlen. Ganz anders steht es mit der Frage der Radicaloperation bei älteren Leuten. Hier muß der Habitus des Einzelnen genau in Betracht gezogen, Herz und Urin gründlicher noch als sonst untersucht werden, ehe man sich zur Radicaloperation entschließt. Sehr dicken Leuten, Emphysematikern, Individuen mit Fettherz etc. wird man selbstverständlich keine Radicaloperation mehr zumuten; ist aber ein Patient zwischen 50 und 60 Jahren sonst gesund, nicht zu dick, kein Alkoholiker, belästigt ihn sein Bruch oder sein Bracherium sehr, so wird man ihm, wenn er es in Kenntnis der Sachlage wünscht, die Radicaloperation nicht verweigern, wenn auch die Prognose naturgemäß etwas

Digitized by Google

ſchlechter ist als bei Leuten im mittleren Lebensalter. Im allgemeinen fallen aber wohl alte und dicke Leute der Bruchbandbehandlung zu und werden nur bei Eintritt einer Complication operiert werden.

Auf Grund der bestehenden Statistiken muß man die Radicaloperation als recht ungefährlich bezeichnen und sie verdient daher die weitestgehende Indicationsstellung, wenn die Dauerresultate gute sind. Das trifft nun für das meist geübte Bassini'ſche Verfahren unbedingt zu. — (Allgem. med. Zentralztg.)

Zur Behandlung der Epistaxis. Von Do. Dr. L. Réthi (Wien). (Wiener med. Wochenſchr., 1904, No. 11.) Der häufigste Sitz der habituellen Epistaxis ist der vordere untere Teil der Nasenſcheidewand, wo man als gewöhnlichste Ursache derselben ein erweitertes Gefäß oder eine Erosion vorfindet. Zuweilen findet man an dieser Stelle einen Tumor, einen sogen. blutenden Polypen der Nasenſcheidewand. Nur selten hat die Blutung an anderen Stellen des Naseninnern, den übrigen Partien des Septums oder an den Muſcheln ihren Sitz.

Ist die Blutung heftig, so muß symptomatiſch vorgegangen und dieselbe vorerst gestillt werden, dann erst wendet man der Aetiologie das Augenmerk zu. In manchen Fällen wird man bei geringfügigen Blutungen gar nicht eingreifen, z. B. bei plethoriſchen Personen, bei denen eine Ableitung nicht unerwünſcht ist; bei älteren Leuten mit Congestionen zum Gehirn wird man sich bei dem erwiesenen Zusammenhange zwiſchen den Blutgefäßen der Nase und des Gehirns ebenfalls hüten, die Nasenblutung energiſch zu stillen, um nicht einer Gehirnblutung Vorſchub zu leisten. Auch bei Herz-, Nieren- und Lungenkrankheiten und fettiger Degeneration der Gefäße wird man, wenn die Blutungen unbedeutend sind, von einer localen Behandlung absehen; nur wenn sie sich öfter wiederholen oder längere Zeit andauern, wenn sie den Kranken herunterbringen oder wenn es sich überhaupt um anämiſche Personen handelt, müssen auch geringere Blutungen gestillt werden.

Ist das Nasenbluten einigermaßen heftig und kann die blutende Stelle nicht sogleich eruirt werden, so wird vorerst tamponirt, und zwar wird mit Rücksicht darauf, daß die habituelle Epistaxis in der größten Zahl der Fälle ihren Sitz vorne am Septum hat, ein Stück Sublimat-, Dermatol- oder Jodoformgaze oder auch ein festes Knäuel von entfetteter Baumwolle durch die vorderen Nasenöffnungen eingeſchoben und durch Fingerdruck außen am Nasenflügel an die blutende Stelle angepreßt.

Digitized by Google

Hat die Blutung weiter hinten ihren Sitz, so kann man mehrere dünne Gazestreifen einführen; weil aber diese nicht selten in den Nasenrachenraum gleiten und Würg- und Brechreiz verursachen, gelegentlich auch in den Kehlkopf gelangen, ist es besser, zwei oder drei kurze, aneinander gefaltete Gazestreifen in der Länge von etwa 5 cm auf einmal einzuführen. Nach zwei bis drei Tagen kann der Tampon entfernt werden, und zwar in der Weise, daß man nicht den ganzen Tampon auf einmal, sondern, was in der Regel gelingt, einen Streifen nach dem anderen herausholt. Nötigenfalls wird der zweite oder dritte Streifen noch einen Tag in der Nase belassen. Blutet es nach der Entfernung dieser Streifen auch noch, so tamponirt man nicht sogleich nochmals, sondern wartet damit eine bis zwei Minuten, wenn die Blutung nicht zu profus ist, weil sie zumeist nach kurzer Zeit auch ganz von selbst steht.

Hat die Blutung jedoch an einer Stelle ihren Sitz, welche durch seitlichen Tampondruck nicht oder nicht ganz erreicht werden kann, oder stammt sie von hoch oben, etwa aus dem oberen Nasengang, und ist sie durch mehrere, weit nach hinten und oben geschobene Gazetampons nicht zu stillen, so wird die Choanentamponade mit der Bellocq'schen Röhre oder mit einem elastischen Katheter vorgenommen. Man kann einen solchen Tampon bis zu vier Tagen liegen lassen, namentlich wenn man mit Jodoformgaze tamponirt.

Ist die profuse Blutung gestillt oder ist sie an und für sich nicht bedeutend, so daß man die blutende Stelle, das erweiterte Gefäß, die excoriirte oder ulcerirte Partie etc. sehen kann, so geht man sogleich an die Radicalbehandlung. Man entfernt vorsichtig vorhandene Krusten oder Blutgerinnsel, cocainisirt, einerseits, um zu anästhesiren und andererseits auch, um eine vorhandene geringfügige Blutung zu stillen und die Stelle besser reinigen zu können, und ätzt mit Chrom- oder Trichloressigsäure oder zerstört das blutende Gefäß mit dem Galvanocauter oder einer erhitzten Sonde.

Auf diese Weise kommt man in den weitaus meisten Fällen aus. Zuweilen aber kommen Fälle vor, bei denen die genannten Mittel erfolglos versucht werden. So berichtet R. über einige Fälle von Arteriosklerose und einen Fall von Lebercirrhose, wo die Blutung nur dadurch zu stillen war, daß die blutende Stelle der Schleimhaut des Septums, soweit sie morich aussah, mit dem scharfen Löffel radical entfernt und nachträgliche Aetzung mit Trichloressigsäure vorgenommen wurde.

Digitized by Google

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Gefahren intrauteriner Injektionen. Von Geh. Med.-R. Prof. Zweifel-Leipzig. Im Anschluß an intrauterine Ausspülungen sind wiederholt bedrohliche Zufälle — Ohnmacht, Konvulsionen, Schüttelfröste, Fieber, selbst Peritonitis mit letalem Ausgang beobachtet und je nach den speziellen Verhältnissen des Eingriffes durch Lufteintritt in die Venen, Resorption giftiger Antiseptika und septische Infektion erklärt worden. Aber auch dort, wo diese Faktoren auszuschließen sind, können bedrohliche Erscheinungen auftreten. Bei einer von Z. beobachteten Graviden mit inkompensiertem Vitium cordis trat nach einer unter allen Kautelen vorgenommenen intrauterinen Ausspülung Bluthusten, Hämoglobinurie, Schüttelfrost und Fieber auf, wahrscheinlich dadurch bedingt, daß im Uterus befindliches Blut aufgelöst wurde, gerann und, in den Kreislauf gelangte, Lungeninfarkt und Hämoglobinurie hervorrief. Besonders schwere Zufälle wurden nach Injektion von Liquor ferri sesquichlorati auch bei gesunder Uterusschleimhaut beobachtet, spez. tötliche Peritonitis durch Perforation der Uteruswand oder durch Austritt der ätzenden Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle bedingt. Es ist gegenwärtig als Regel anerkannt, für intrauterine Ausspülungen nur minimale Mengen, 1—2 Tropfen, zu verwenden. Die gebräuchlichsten Medikamente sind: 2—5% Arg. nitricum, 2—20% Protargol, 5—10% Alumnol, 20—30% Formalin, Jodtinktur in allen Konzentrationen, 5—20% Chlorzink, Liquor ferri sesquichlorati in verschiedenen Konzentrationen. Am gefährlichsten ist das letztgenannte Mittel, doch ist es nicht ganz zu verwerfen, weil manchmal sehr günstige Erfolge damit erzielt werden. Man muß daran festhalten, daß Entzündung der Uterusschleimhaut eine absolute Kontraindikation bezüglich intrauteriner Injektionen darstellt. An Stelle der Injektionen können auch die weniger gefährlichen Bepinselungen treten, wo die Medikamente mit Hilfe platter Silber-, Nickelin- oder Hartgummistäbchen in die Uterushöhle eingebracht werden. — (Deutsche mediz. Wochenschr., No. 17, 1904.)

Die Behandlung der Chorea minor nach F. Winderscheid. Blasse, schlechtgenährte Kinder im Pubertätsalter mögen vor geistiger und körperlicher Ueberanstrengung bewahrt werden. Ist die Chorea ausgebildet, so sei das Hauptprinzip bei der Behandlung, die Forderung der absoluten körperlichen Ruhe. In einigermaßen schweren Fällen Verbot des Schulbesuches (geistige Ansteckung), Bettruhe, passende Lagerung und Schutzmaßregeln gegen Selbstverletzung. In leichteren Fällen Bettruhe, unterbrochen durch

Digitized by Google

stundenweisen Aufenthalt in frischer Luft. Gegen die motorische Unruhe der Kinder keine Gewaltmaßregeln, ja keine Züchtigung, eventuell Entfernung der Kinder vom Hause. Einfache Ernährung: kein Uebermaß von Fleisch und sonstiger Eiweißkost, viel Milch, grünes Gemüse, Obst, keinen Alkohol. In Fällen rheumatischen Ursprunges (Herzaffektion) kann man immerhin noch antirheumatische Mittel versuchen, so Natr. salicylic. (mehrmals täglich 0,25—1,0), Antipyrin (täglich 0,5—1,0 in Ecedos.), Aspirin (0,5 täglich zwei- bis dreimal), doch ist hier von Sicherheit der Wirkung keine Rede. Das Arsen hat auf die Chorea einen eminent günstigen Einfluß, auch auf Fälle mit rheumatischer Aetiologie. Man gebe nicht zu wenig. Langsames Ansteigen, wobei die Solutio Fowleri zu gleichen Teilen mit Wasser verdünnt gegeben wird. Man beginne mit dreimal 4 Tropfen und lasse alle zwei Tage um 2 Tropfen steigen bis man dreimal 20 Tropfen erreicht hat. Treten gleichwohl Vergiftungserscheinungen auf, so muß das Arsen ausgesetzt werden. Die Darreichung in Pillen oder in arsenhaltigen Wässern ist nicht zu empfehlen. Unter Umständen können einige Narcotica in Anwendung genommen werden: Amylenhydrat in Dosen von 3—4 gr am besten als Klysma, Trional 1—1,5 gr; mit Morphium soll man sehr vorsichtig sein. Daneben eine milde Wasserbehandlung, ja keine kalten Abreibungen und Abklatschungen, keine kalten Douchen, am besten lauwarme Abwaschungen, besonders morgens früh, ferner warme Vollbäder (27—28°), unter Umständen $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden fortgesetzt, oder die feuchte Ganzpackung. Sind die Zuckungen stark, so muß diese Packung immer wieder erneuert werden. Geht die Krankheit zurück, so kann die Temperatur des Badewassers allmählich herabgesetzt werden. Schwitzbäder tun zuweilen gut in Fällen von rheumatischer Chorea, doch muß man bei blutarmen und schwächlichen Kindern oder gar bei Herzkranken damit vorsichtig sein. Eine vorsichtig abgestufte Uebungsperiode pflegt zu nützen, dagegen schaden starke Arbeitsleistungen. — (Wien. klin. Wochenschr. No. 13, 04.)

Ueber den Wert des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Von Prof. Dr. G. Edlefsen in Hamburg. Langjährige günstige Erfahrungen in der Verwendung des Pepsins bei den durch Ernährung mit Kuhmilch erzeugten Dyspepsien der Säuglinge, Erfolge, die jene mit verdünnter Salzsäure erreichten, weit hinter sich lassen sollen, bestimmen E., von neuem warm für dieses Mittel einzutreten, zumal Toch nach zahlreichen Untersuchungen zum Schlusse gelangte, daß die Darreichung des Pepsins bei Erkrankungen des

Digitized by Google

Magens im Säuglingsalter vollständig unbegründet und daher überflüssig sei. Den Einwand Tochs, daß die Peptonisierung der Mich im Magen des Säuglings durch die Einwirkung des Labenzyms erzeugt werde, eine Möglichkeit, die E. nicht bestreitet, sucht dieser namentlich unter Hinweis darauf zu entkräften, daß Verdauungsversuche außerhalb des Magens, besonders mit Milch, nicht ohne weiteres auf die Vorgänge in vivo übertragen werden könnten. Im weiteren bekämpft E. den Standpunkt, welcher dem Magen bei der Verdauungsarbeit nur die Rolle einer Nahrungsreservoirs oder eine ganz untergeordnete Bedeutung zuweist; auch hier gelangt er zu seiner Stellung durch seine günstigen Erfahrungen mit dem Pepsin namentlich bei Dyspepsien von Kindern der ersten Lebensmonate, die mit Diarrhoen einhergehen: „Der normale Ablauf der Magenverdauung beim Säugling ist die unerläßliche Vorbedingung für den normalen Verlauf der Darmverdauung." Drei Möglichkeiten supponiert E. für den günstigen Pepsineinfluß: Entweder fehlt die genügende Menge des Pepsins bei bestehender Dyspepsie der Säuglinge, oder das in den leeren Magen eingeführte Pepsin wirkt sekretionsbefördernd auf die Salzsäure des Magens neben der Vermehrung der verdauenden Kraft des bereits im Magen vorhandenen Pepsins, oder endlich das dem Schweinemagen entnommene Pepsin wirkt stärker als jenes aus dem menschlichen Magen, in dem eben für die Tiermilch nach Cuming das tierische Pepsin das adäquate Verdauungsferment darstellt. Daß das in den Pepsinpräparaten stets in mehr oder minder großer Menge vorhandene Labferment, nach Toch's Erklärung also der Urheber der Peptonbildung im dyspeptisch erkrankten Säuglingsmagen nicht der wirksame Faktor bei der Pepsinbehandlung sein kann, glaubt E. daraus ableiten zu dürfen, daß das Lebferment im Kindermagen stets im Ueberschuß vorhanden ist (Escherich). Pepsin in Verbindung mit Salzsäure zu geben, dürfte für viele Dyspepsien namentlich bei älteren Kindern und Erwachsenen angezeigt sein. E. ist der festen Ueberzeugung, daß durch ein möglichst frühzeitiges Eingreifen bei den unter der Ungunst aller hygienischen Bedingungen, also auch der Ernährungsverhältnisse aufwachsenden Kindern der Armen und den infolgedessen gerade hier besonders häufigen Verdauungsstörungen in den ersten Lebensmonaten, der hohen Mortalität dieser Altersklasse besonders wirksam begegnet werden könnte. Das Pepsin bildet nach seinen Erfahrungen ein vorzügliches Mittel, gleich im Beginn der Verdauungsstörungen angewendet, den aus ihrem Weiterbestehen drohenden Gefahren die Spitze abzubrechen, ohne daß die Ernährucg mit Kuhmilch deshalb unterbrochen werden muß, und an ihre Stelle

Digitized by Google

minderwertige Nahrung von Mehlpräparaten zu treten hat. E. gibt das billige „trockene deutsche Pepsin“ (5 g zu 25 bis 30 Pfg.) etwa 0,25 g (ein Teelöffelstiel gehäuft) in einem Teelöffel lauwarmen, abgekochten Wassers gelöst, unmittelbar vor der Verabreichung der Nahrung, etwa 3 bis 4 mal täglich. Er macht besonders darauf aufmerksam, die Dosis nicht, wie üblich, zu klein zu nehmen, etwa nur 0,05 nach Soltmann. Auch in der Mixtur empfiehlt sich eine viel größere Dosis, als sie bisher gebräuchlich war (5,0 g Pepsin : 100). Entsprechend groß muß auch die Menge für den Erwachsenen sein (Pepsin sicc. german. 10,0 Acid. hydrochloric. dil. 8,0 Aqua dest. 120,0 Sir. cortic. aurant. 30,0 3 mal täglich 1 Teelöffel voll in $^1/_2$ Weinglas Wasser zu nehmen). — (Wiener klinisch-therap. Wchschr. No. 4, 1904.)

Verschiedenes.

Zur Therapie wiederholter Aborte und der Frühgeburt toter Kinder. Von R. Lomer. L. gibt ausnahmslos in allen Fällen von wiederholtem Abortus und Frühgeburt toter Kinder während der ganzen Schwangerschaftsdauer Jodkali in Verbindung mit Eisen. Er erzielte bei 21 Fällen glänzende Resultate durch diese bisher noch nicht methodisch geübte Behandlungsweise. Er versucht, durch diese Medikation auf die drei gewöhnlichen Ursachen der habituellen Aborte einzuwirken, nämlich spezifisch auf die Lues, weiter auf die Schwangerschaftsniere und auf entzündliche Veränderungen der Dezidua bei Endometritis. Die Einwirkung des Jodkali dürfte vielleicht darin zu suchen sein, daß der Entstehung von Blutergüssen innerhalb der Plazenta vorgebeugt wird, während durch die anhaltende Verabreichung des Eisens die zumeist gleichzeitig vorhandene chronische Anämie geheilt werden soll. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 46, H. 2.)

Dr. Schuster (Aachen) hat seit 1900 bei verschiedenen monarticulären, sowie polyarticulären rheumatischen Erkankungen resp. rheumatoider Arthritis, nachdem verschiedene Kuren versagt hatten, durch tägliche oder alle 2—3 Tage wiederholte Injectionen von 25 proc. **hellem Jodipin** in unmittelbarer Nähe der erkrankten Stellen, d. h. überall da, wo die Haut abhebbar war, wiederholt so auffällige Besserungen und Heilungen erfolgen sehen, daß er zu weiterer Prüfung dieser Localinjectionen bei den verschiedenen rheumatischen und rheumatoiden Processen auffordert. Diese 10 und 20 g fassenden Injectionen müssen möglichst aseptisch und reactionslos geschehen. Die Jodipininjectionen haben vor dem innerlichen Jodgebrauch den Vorteil, daß sie nicht nur allgemein, sondern auch örtlich wirken, und daß sie vermöge des leicht erträglichen Sesamöls, an das Jod gebunden ist, nährend, kräftigend wirken und deshalb auch bei sehr heruntergekommenen Kranken angewendet werden können, wo der innerliche Jodgebrauch contraindicirt ist.

(Therapie der Gegenwart, April 1904.)

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Der praktische Arzt.

Nro. 7 XLIV. Jahrgang. 25. Juli 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Die Serumdiagnostik. Ueber Haltbarmachung des Liquor aluminii acetici. — Eine neue Behandlungsmethode des acuten Gelenkrheumatismus durch intravenöse Salicylinjectionen. Ueber Morbus Basedowii. — Die Behandlung frischer Knochenbrüche durch Massage und passive Bewegung. Die Verhütung und Behandlung der pleuritischen und empyematischen Skoliose. Ueber Blutungen aus der Harnröhre. Die Behandlung der Ohrfurunkulose. Neues aus dem Gebiete der praktischen Chirurgie. — Birkenblättertee gegen Nierensteine. Validol und Seekrankheit. — Anzeige.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die Serumdiagnostik. Von Doz. Dr. Rostoski, Würzburg. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, IV. Bd., 2. Heft.

Die Arbeit behandelt die Serumdiagnostik, von welcher wohl jeder praktische Arzt schon viel gehört und schon manches gelesen hat, ohne doch einen klaren Ueberblick über den gegenwärtigen Stand dieses modernen Zweiges der Diagnose erhalten zu haben. Bei Infektionen verwendet die Serumdiagnose die vom Organismus gegen die Bakterien selbst gebildeten spezifischen Antikörper (die Lysine und vor allem die Agglutinine des Serums) zur Feststellung des betreffenden Krankheitserregers, während für die Serumtherapie bis jetzt vorzüglich die gegen die giftigen Stoffwechselprodukte der toxinbildenden Bakterien (Diphtherie, Tetanus) gerichteten Antitoxine in Betracht kommen.

Die Bakteriolysine der Immunsera, die nicht nur im lebenden Organismus (Pfeifferscher Versuch), sondern im frischen Zustande auch in vitro wirksam sind, zeichnen sich durch eine hohe Spezifität aus. Sie kommen neben den Agglutinen zur Identifizierung von Bakterien in Betracht, vor allem bei Cholera. Diagnostisch wichtiger sind die von Gruber und Durham entdeckten Agglutinine geworden, deren Wirkung man entweder mit bloßem Auge im Reagenz-

Digitized by Google

röhrchen oder mikroskopiſch im hängenden Tropfen verfolgen kann. Die Agglutinine des infizierten Organismus sind im Gegensatze zu denen des normalen Serums auch bei stärkerer Verdünnung des Serums (1 : 30, 1 : 50, ja manchmal noch bei mehrtausendfacher Verdünnung) wirksam und bei diesen Verdünnungen innerhalb gewisser Grenzen auch spezifiſch. Die größte Bedeutung hat die Prüfung auf Agglutination bei der Diagnose des Typhus abd. erlangt (Gruber-Widalſche Reaktion).

Die Agglutination durch das Serum Gesunder kommt nach den Erfahrungen R.'s seltener vor, als allgemein angenommen wird. Beweisend für Typhus ist die mikroskopiſche Reaktion dann, wenn sie bei einer Verdünnung von 1 : 50 mindestens nach halbstündiger Einwirkung von Bruttemperatur oder nach $^3/_4$—1 Stunde bei Zimmertemperatur stark ausgesprochen ist (Bildung großer Häufchen, höchstens vereinzelte nicht agglutinierte Bakterien zwiſchen denselben).

Für die kliniſche Brauchbarkeit der Gruber-Widalschen Reaktion ist es wichtig, 1. wie früh die Reaktion eintritt, 2. ob sie sich nur bei Abdominaltyphus findet und endlich, 4. ob sie ein regelmäßiges Symptom desselben ist. Ad 1. Die Reaktion gestattet manchmal ſchon in der ersten Woche, wenn noch alle übrigen Symptome im Stiche lassen, die Diagnose des Typhus, meist jedoch tritt sie als wichtiges Typhussymptom erst in der zweiten Woche, seltener noch später, ja erst in der Rekonvaleszenz auf. Die Zeit des Auftretens gestattet ebensowenig wie die Stärke des Ausfalles prognostiſche Schlüsse.

Ad 2. Bei Pat., die früher einen vielleicht nur leichten und deshalb unerkannten Typhus überstanden haben und nun von einer anderen Infektion befallen sind, kann die Reaktion noch erhalten sein und bezüglich der neuen Infektion zu diagnostiſchen Irrtümern führen. Daher ist die Serumprobe besonders beweisend, wenn sie zu Beginn der Erkrankung negativ und erst später positiv ausfällt. Ferner hat man wiederholt bei Ikterus aus den verſchiedensten Ursachen, ganz vereinzelt auch bei anderen Erkrankungen Agglutination von Typhusbakterien bei einem Verhältnis 1 : 50 oder selbst bei noch höheren Verdünnungen beobachtet. Auch er glaubt, daß es sich wenigstens in einem Teile dieser Fälle, um eine Mitagglutination der Typhuserreger handle, er hebt aber für die Fälle, wo kein Ikterus vorliegt, an der Hand von Beispielen hervor, daß man, wenn bei starkem Gruber-Widal die übrigen Symptome nicht die eines Abdominaltyphus sind, niemals vergessen dürfe, daß eine ungewöhnliche Lokalisation des Typhusgiftes oder neben einer anderen Krankheit noch eine Typhusinfektion vorliegen könne.

Digitized by Google

Ad. 3. Es sind vereinzelte Fälle beobachtet, die sich durch die Züchtung der Bakterien als Typhus erwiesen, wo trotzdem die Serumprobe während des ganzen Verlaufes der Erkrankung und auch später stets negativ ausfiel. Vielleicht, meint R., sind die früher beschriebenen Typhusfälle mit neg. Gruber-Widal zum großen Teile dem sog. Paratyphus zuzurechnen, der klinisch sehr ähnlich verläuft wie der echte Typhus. Man muß daher in allen auf Typhus verdächtigen Fällen, wenn die Agglutination des Bact. typhi ausbleibt, auch die beiden Paratyphusstämme zur Untersuchung heranziehen; sonst könnte man irrtümlicherweise in ganz andere diagnostische Bahnen gelenkt werden, während doch ein in dem Typhus nahestehendes Krankheitsbild vorliegt. Bei sehr starker Agglutination des infizierenden Bakteriums wird manchmal auch Mitagglutination der beiden anderen Stäbchen bei schwächerer Verdünnung beobachtet. Will man also zwischen einer Infektion mit Typhus bezw. mit einem der beiden Paratyphusbakterien unterscheiden, so muß man in jedem Falle feststellen, welches von ihnen durch das Serum des Pat. am stärksten agglutiniert wird. Er bespricht darauf kurz die Mitagglutination im allgemeinen und die Unterscheidung derselben von einer „Mitinfektion" (Verfahren von Castellani).

R. bemerkt schließlich, daß das Auftreten oder Fehlen der Gruber-Widalschen Reaktion weder mit Sicherheit für noch gegen Typhus abd. spreche. Sie hat eben den Wert eines Symptoms, das allerdings für die Diagnose weit mehr ins Gewicht fällt als jedes der übrigen Krankheitszeichen. Sie ist umso wichtiger, als sie manchmal früher als die anderen klassischen Symptome bereits vorhanden ist; für die Diagnose eines überstandenen Typhus kommt sie nach einiger Zeit allein in Betracht. Dem direkten Nachweis der Typhusbakterien ist sie jedoch unter keinen Umständen gleichwertig, namentlich nicht in ganz leichten Erkrankungsfällen, die nach Jürgens nur selten ein stark agglutinierendes Serum besitzen.

Was den diagnostischen Wert der Agglutinine bei den übrigen Infektionen betrifft, sei nur erwähnt, daß die Agglutination mittels künstlicher Immunsera sich in einer Reihe von Fällen (bei Pest, Cholera, Dysenterie) zur Identifizierung des Krankheitserregers vortrefflich eignet und daß auch in anderen Fällen (Rotz, epidemische Genickstarre, Staphilokokkeninfektionen) Beobachtungen für eine derartige Verwendbarkeit der Agglutinationsprobe sprechen.

Damit ist natürlich auch indirekt für die Diagnose dieser Krankheiten außerordentlich viel gewonnen. Zweifellos ist die Agglutination mit dem natürlichen Immunserum in einzelnen Fällen von Wichtigkeit für die Diagnose der ab-

Digitized by Google

gelaufenen Krankheit (bei Pest, Cholera, Ruhr, Infektionen mit Pneumokokken) in anderen Fällen ist wenigstens die Möglichkeit gegeben, daß die Agglutinine bei genauerem Studium auch für die direkte Diagnose der bestehenden Erkrankung von Bedeutung werden (Meningokokken- und Pneumokokkeninfektion.

Dem modernen praktischen Arzte, der sich über die Fortschritte seiner Wissenschaft informieren will, der schon jetzt hin und wieder in die Lage kommen wird, wenigstens die Blutentnahme für eine Gruber-Widalsche Reaktion vorzunehmen, für den aber auch mit den Fickerschen Typhusdiagnostikum und anderen derartigen Typhusreagentien der erste Schritt zur Einführung der Agglutinationsprobe in die Praxis gemacht ist, bietet R. mit seinem 87 Seiten zählenden Werkchen eine wertvolle Darstellung des Wissenswerten und mancherlei technische Anleitung. Demjenigen, der sich in ein genaueres Studium der Serodiagnostik oder einzelner Kapitel derselben einlassen will, wird die schätzenswerte Zusammenstellung der einschlägigen Literatur die weiteren Wege weisen.

Ueber Haltbarmachung von Liquor aluminii acetici. Von H. Vörner. Der Liquor aluminii acetici zeigt, wenn er nach den geltenden Vorschriften angefertigt wurde, einen Mangel, welcher seinen Wert stark beeinträchtigt. Die ursprünglich klare Flüssigkeit des Liquors und ebenso die 10fache Verdünnung desselben haben nämlich die Eigenschaft, sich zu trüben. Die Ursache dieses Vorganges besteht darin, daß sich Niederschläge bilden, die nicht wieder in Lösung übergeführt werden können. Diese Zersetzlichkeit der Lösungen des Aluminium aceticum hat der Verwendung derselben schon viel Abbruch getan. — Die Versuche den Liquor aluminii haltbar zu machen, gingen von der Voraussetzung aus, nur solche Körper zu wählen, von denen man eine günstige Wirkung auf die entzündlichen Prozesse der Haut erfahrungsgemäß schon kennt. Dabei ergab sich, daß bereits ein Zusatz von 1/4% Acidum boricum zum unverdünnten Liquor die Bildung von Niederschlägen dauernd verhindert. Es leuchtet ein, daß bei einer 10fachen Verdünnung dieses Mittels die zugesetzte Borsäure (gleich 1/4 Prom.) gar nicht in Betracht kommt. Wie praktische Versuche zeigen, gewinnt man so einen gleichfalls 10fach zu verdünnenden Liquor, welcher die günstigen Eigenschaften des ursprünglichen ohne die erwähnten Nachteile besitzt. Weiterhin hielt V. es für wichtig, einen maximalen Zusatz von Acidum boricum zu probiren. Zu diesem Zwecke wurde eine frische 10%ige Lösung von Liquor aluminii acetici hergestellt, welcher solange Borsäure beigegeben wurde,

Digitized by Google

bis sich diese nicht mehr löste. Versuche mit dieser Mischung zeigen, daß auch ein starker Zusatz von Borsäure die Wirksamkeit, die wir sonst von der essigsauren Tonerde kennen, in keiner Weise beeinträchtigt. Von Rezeptformeln führt V. an: Rp. Acidi borici 0,25. Liquoris aluminii acetici (klare Lösung) ad 100,0. Ds. 10fach verdünnt zu Umschlägen. — Rp. Acidii borici 3,5. Liquoris alluminii aceti ad 100,0. Ds. wie vorher. — Rp. Liquoris aluminii acetici 100,0. Solutionis acidi borici aquosae saturatae (3,5%) ad 1000,0. Ds. Verbandwasser. — Rp. Liquoris aluminii acetici 100,0. Aquae 1000,0. Acidi borici quantum statis ad saturationem. Ds. wie vorher.

II. Medicin.

Eine neue Behandlungsmethode des akuten Gelenkrheumatismus durch intravenöse Salicyl-injectionen. Von F. Mendel, Essen. M. bediente sich des Coffein.-natr. salicylicum als Zusatz zu der Salicyllösung; dasselbe erweist sich in Dosen von 0,2—0,3 als ein fast momentan wirkendes Herzstimulans. Nach zahlreichen Versuchen wurden folgende Lösungen als die geeignetsten befunden:

Natrii salicylici	8,0
Coffein.-natrii salicyl,	2,0
Aqu. destill. ad	50,0

oder:

Natrii salicyl.	8,75
Coffeini	1,25
Aquae destill. ad	50,0

Die Injectionen wurden bei richtiger Ausführung vorzüglich vertragen, Schmerzen oder sonstige lokale Reizerscheinungen fehlten vollständig. Der geringe Gehalt an Coffein kann, abgesehen von der leicht anregenden Wirkung als völlig irrelevant bezeichnet werden. Von den genannten Lösungen wurden bei Erwachsenen 2 g, bei Kindern entsprechend weniger infundiert und die Einspritzungen je nach der Intensität der Erkrankung und der Dauer der Wirkung in Intervallen von 12 Tagen bis 3 Stunden so oft als möglich wiederholt. Der Effekt war geradezu frappant. Alle durch rheumatische Erkrankungen hervorgerufenen Schmerzen, mögen sie im Muskel, im Gelenk oder an der Pleura ihren Sitz haben, verschwinden in allen Fällen fast sofort nach der Injection. M. hat zirka 80 Fälle der verschiedensten rheumatischen Erkrankungen der intravenösen Salizylbehandlung unterzogen (akute, subakute und chronische Poly- und Monarthritis, Ischias, Lumbago, Pleuritis exsudativa und

Digitized by Google

sicca, Peliosis rheumatica), immer mit sehr befriedigendem Erfolge. Einen ähnlichen Effekt hatte die intravenöse Salizylbehandlung bei den zahlreichen, zu Rheumatismus disponierten Patienten, welche bei jeder feuchtkalten Witterung über vage Schmerzen in allen Gliedern und Gelenken zu klagen haben. Eine bis zwei Spritzen sind zur Beseitigung dieser Beschwerden ausreichend. Nicht ganz so erfolgreich war die Behandlung der Ischiasfälle. Glänzend bewährte sich die endovenöse Salicylbehandlung bei denjenigen Gelenksrheumatismen, welche mit polyartikulären, flüchtigen Schwellungen bald dieses, bald jenes Gelenk befallen, dabei aber stets mit geringer oder ohne Temperatursteigerung verlaufen. Das eigentlichste und wichtigste Feld der intravenösen Salizylbehandlung liegt aber bei denjenigen rheumatischen Erkrankungen, bei denen die per os verabreichte Salizylsäure trotz hoher Dosen entweder ihre anfängliche Wirksamkeit verloren oder überhaupt keine besessen hat. Dazu gehören die monatelang sich hinziehenden Rezidive nach akutem fieberhaftem Gelenksrheumatismus und ferner die oft fieberlos mit starken Ergüssen einhergehenden Fälle von monartikulärem Rheumatismus, welche mit besonderer Vorliebe Schulter- und Kniegelenk befallen und durch die interne Salizyltherapie meist völlig unbeeinflußt bleiben. Besonders wertvoll wird diese Therapie dadurch, daß sie frei ist von all den unwillkommenen Nebenerscheinungen, welche die interne Salizyltherapie begleiten. Kein plötzlicher Fiebersturz, keine quälenden und erschöpfenden Schweißausbrüche, kein Ohrensausen, nichts von Uebelkeit, Erbrechen oder sonstigen Störungen des Digestionsapparates, keine Nierenreizung. Gleichzeitig liefert diese neue intravenöse Behandlungsmethode einen weiteren schlagenden Beweis für die Lehre, daß die endovenöse Applikation der Medikamente nicht nur jede andere Arzneianwendung an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung bedeutend übertrifft, sondern daß sie auch in zahlreichen Erkrankungen, wo jede andere Behandlung versagt, sich noch wirksam erweist und so der medikamentösen Therapie immer neue erfolgreiche Bahnen eröffnet. — (Therap. Monatsh., April, 04.)

Ueber Morbus Basedowii. Von Dr. W. v. Host. Wer sich die Basedowsche Krankheit als eine sehr seltene Krankheit vorstellt, die nur durch das Erscheinen des Exophthalmus diagnostisierbar wird, befindet sich im Irrtum. Auf 303 Patienten der Sokolowskischen Heilanstalt kamen 21 Basedowkranke und von 190 Kranken von H.'s Privatambulanz litten 13 an dieser Krankheit. Nur bei 5 von diesen 34 Basedowkranken erreichte der Exophthalmus einen bedeutenden Grad, während bei der überwiegenden Mehr-

Digitized by Google

zahl jede merkliche Vorwölbung der Augäpfel fehlte. Da aber in keinem der 34 Krankheitsfälle ein schnelles, rhythmisches Zittern (der Hände und des übrigen Körpers) fehlte, muß dieser universelle Tremor an Stelle des Exophthalmus neben Struma und Tachykardie zum direkten Kardinalsymptom avancieren. Auch die Struma hielt sich in fast allen Fällen in recht bescheidenen Grenzen. Beachtung verdient die Bemerkung Kochers, daß nicht jeder Kropf, sondern nur Gefäßstrumen das unbedingte Hauptkennzeichen der Basedowschen Krankheit ausmachen. Daraus erwächst die Verpflichtung, die vaskulären Symptome der Basedowstruma in Zukunft weit sorgfältiger zu beachten.

Was das Wesen der Krankheit betrifft, so hat man die Reflex- und Neurosentheorie verlassen und schließlich auf eine allgemeine Stoffwechselstörung, die mit dem veränderten Chemismus der Schilddrüse zusammenhängen soll, sich allseitig geeinigt. Unter der Ueberschwemmung des Körpers mit dem krankhaft veränderten und vermehrten Produkt der Schilddrüse leiden außer dem Herz und Gefäßsystem zwar auch die Gesamternährung, sowie die Gebilde der Haut, aber vor allem das zentrale Nervensystem. Die an Basedow leidenden sind H. immer als die allernervösesten Kranken erschienen, und ihre Klagen über bestimmte Beschwerden pflegen charakteristisch und übereinstimmend zu sein. Sie beziehen sich vor allem auf das Herzklopfen, die Blutwallungen zum Kopfe, das Hitze- und Pulsationsgefühl, das übermäßige Schwitzen, den ungenügenden Schlaf, Müdigkeit und innere Unruhe. Dazu gesellen sich oft noch andere Beschwerden wie: ruhrartiger Magendurchfall, Menstruationsdiarrhoe, verstärkte Diurese nebst Heißhunger und unstillbarem Durst, auch wird häufig über neuralgische Schmerzen und Arbeitsunfähigkeit geklagt. Die Stimmung schwankt zwischen Trübsal und Hoffnungsfreudigkeit. Der größte Teil dieser Kranken kam mit dem Vermerk Neurasthenie in Behandlung.

Aus der Voraussetzung, daß wir die Basedowsche Krankheit als eine Vergiftung des Organismus betrachten, ergibt sich eine Behandlung, die von dem bei Neurasthenikern geübten Verfahren grundsätzlich verschieden ist. Während dem Neurastheniker nur ein regelmäßiges Arbeitsleben gut tut, heißt für den Basedowkranken Ruhe das erste Gebot. Bromnatrium und Bettruhe sind in Anwendung zu bringen. Womöglich soll viel in freier Luft gelegen werden. Für milchreiche und fleischarme Kost ist zu sorgen. Levico scheint durch Appetiterhöhung gute Dienste zu leisten. Die elektrische Behandlung erweist sich als nutzlos. Schilddrüsentabletten riefen in einem Falle, in dem dieselben versucht wurden, eine bedrohliche Verschlimmerung hervor. Auch

Digitized by Google

vor der innerlichen Joddarreichung ist zu warnen. Ueber die Ernährung mit Milch von schilddrüsenlosen Ziegen fehlt es H. an Erfahrung. Wo der Organismus durch verstärkte Diurese und Durchfälle bestrebt zu sein scheint, sich der Basedowgifte zu entledigen, sollte man ihn möglichst wenig daran hindern. — Mit Diätetik und Ruhe allein kommt man meist nicht weit. Man muß zu einer Art Uebung seine Zuflucht nehmen, gewöhnliche Halbbäder, deren Temperatur mit 26° R. beginnt und im Laufe von etwa 14 Tagen auf 20° erniedrigt wird, sind das beste Mittel zur Uebung des insuffizienten Gefäßnervensystems. Außer der Drüsenresektion gibt es keine Behandlungsart, die den Verlauf der Krankheit so günstig beeinflußt wie die Halbbäder. Nur ausnahmsweise würde H. zur gefährlichen, ohne Narkose so qualvollen und nicht immer gleich erfolgreichen Operation raten, ohne einen Versuch mit Ruhe und Halbbäderbehandlung gemacht zu haben. — (St. Petersburger med. Wochenschr. 9, 1904.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Behandlung frischer Knochenbrüche durch Massage und passive Bewegungen. (Monatsschr. für prakt. Wasserheilkunde etc.) Die systematische Immobilisierung des gebrochenen Gliedes, das schablonenhafte „Eingipsen," das früher die klassische Behandlungsart jeder Fraktur darstellte, hat in den letzten zehn Jahren von allen Seiten berechtigte Kritik erfahren. Nicht nur hatte dieselbe in vielen Fällen hartnäckige oder sogar dauernde Muskelatrophien und Gelenkversteifungen zur Folge, sondern es hat sich im Lichte der Röntgendurchstrahlung herausgestellt, daß der Hauptvorteil, welcher der Immobilisation von jeher vindiziert wurde, nämlich die vollständige Reposition der Bruchenden und die Konsolidierung derselben in richtiger Stellung, also die anatomische Restitutio ad integrum, sehr oft gar nicht vorhanden war. Man sah sich also in der Hoffnung auf eine Wiederherstellung der normalen Kontinuität des Knochens, der zuliebe das funktionelle Resultat vernachlässigt wurde, getäuscht. Die Folge war nun, daß einige Chirurgen, in Verfolgung dieses anatomischen Prinzips, so weit gingen, in jedem Falle von Fraktur die operative Vereinigung der Bruchenden durch die Knochennaht auszuführen. Dieses radikale Verfahren hat sich jedoch nur wenig Anhänger erworben, aus leicht ersichtlichen Gründen: Die Operation ist absolut nicht ungefährlich; sie ist aber auch keineswegs sicher, indem sie nicht vor nachträglichen Verschiebungen schützt, sie hat oft unangenehme Folgen (Heraus-

Digitized by Google

eitern des Nahtmaterials) und endlich leistet sie nicht mehr, als man auf unblutigem Wege ebenfalls erreichen kann.

Man muß sich nur vergegenwärtigen, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die spätere Funktion des gebrochenen Gliedes alles, seine Form aber nichts bedeutet oder, anders ausgedrückt, daß eine ideal geheilte Fraktur mit atrophischen Muskeln und versteiften Gelenken ein viel schlechteres Resultat bedeutet wie ein mit einer kleinen seitlichen Verschiebung oder einer geringen Verkürzung geheilter Bruch, der jedoch den Gebrauch des Gliedes in keiner Weise beeinträchtigt. Man wird also, im Gegensatz zu früher, etwas weniger auf den Knochen und mehr auf die ganze Extremität, die Weichteile und Gelenke achten, ohne natürlich dabei die Heilung des Bruches, die Kallusbildung zu vernachlässigen.

Dieses Ziel ist nun zu erreichen dadurch, daß man die alte, klassische Immobilisierung der gebrochenen Extremität im Gipsverband, der bis zur knöchernen Verheilung der Bruchenden liegen blieb, aufgibt und ersetzt durch Massage und passive Bewegung bei minimalster Fixierung.

Es ist das große Verdienst des Pariser Chirurgen Lucas-Championnière, zuerst auf die Schäden der früheren Methode und auf die Vorteile der von ihm inaugurierten Massagebehandlung hingewiesen zu haben, gestützt auf die Beobachtung, daß Knochenbrüche auch ohne jede Fixation heilen, ja, daß eine gewisse geringe Bewegungsmöglichkeit der Bruchenden die Heilung sogar beschleunigt. Seit 25 Jahren ist Lucas-Championnière bemüht gewesen, in zahllosen Arbeiten, Vorträgen, Demonstrationen, Dissertationen seiner Schüler, immer von neuem seine Methode zu empfehlen und wenn er auch im Anfang gar kein Gehör fand, wenn er auch im Eifer vielleicht etwas weit geht, so muß man doch zugeben, daß es ihm zu danken ist, wenn in den letzten zehn Jahren immer mehr Stimmen laut werden, welche die schablonenmäßige Immobilisierung verdammen, diese auf das zulässige Minimum reduzieren und so bald als möglich, jedenfalls viel früher als bei der alten Methode, mit Massage und passiven Bewegungen der Ausbildung der Muskelatrophie und Gelenkversteifung entgegenarbeiten.

Lucas-Championnière geht folgendermaßen vor: Bei den für seine Methode passenden Frakturen wird sofort mit der Massage angefangen, welche sehr sanft und allmählich zunehmend bis in die Nähe der Bruchstelle auszuführen ist. Dabei wird auf jede Fixation verzichtet: eine Flanellbinde, eine Mitella, bei der unteren Extremität Lagerung zwischen Sandsäcke, das ist alles. Für diese Art der Behandlung eignen sich nach seinen Ausführungen auf dem

Digitized by Google

13. internationalen medizinischen Kongreß in Paris*) folgende Fälle: Frakturen am oberen Ende des Humerus herunter bis zur Ansatzstelle des Deltoideus, Frakturen am unteren Humerusende bis vier Querfinger oberhalb des Gelenkes; alle Ellenbogengelenksbrüche, besonders die des Olekranon; Frakturen des unteren Radiusendes, wenn keine bedeutende Dislokation der Wand nach hinten besteht; alle Klavikular- und Skapularfrakturen; die Frakturen der Malleolen, falls die Axe des Fußes nicht abgeknickt ist; endlich Frakturen im Kniegelenk: Femurfraktur ohne Verschiebung und Frakturen der Tibiaepiphyse. — Ferner können noch folgende besonders günstige Fälle mit Verzicht auf jeden fixierenden Verband behandelt werden: Humerusschaftfrakturen, wenn keine Dislokation vorhanden ist, Frakturen beider Unterschenkelknochen ohne Dislokation und endlich gewisse Fälle von Bruch beider Vorderarmknochen. In allen anderen Fällen kann man auf fixierende Verbände nicht ganz verzichten. Lucas-Championnière verfährt dann so, daß er zunächst einige Massagesitzungen abhält, dann den Fixationsverband anlegt, um denselben jedoch möglichst bald, nach ein bis längstens zwei Wochen, wieder zu entfernen und sofort wieder zu massieren. Allerdings seien in diesen, nach kombiniertem Verfahren behandelten Fällen die Resultate nicht ganz so glänzende wie in denen, die ohne jede Fixation gelassen werden können und die sich dadurch auszeichnen, daß sie bedeutend rascher und sicherer heilen und ganz erheblich bessere Endresultate liefern als die nach der alten Methode behandelten. Lucas-Championnière faßt seinen Wahlspruch bezüglich der Frakturbehandlung in folgende Worte zusammen: „Le mouvement, c'est la vie, et l'immobilisation, c'est le commencement de la mort.“ Kontraindiziert ist die Massagebehandlung nur bei jungen Kindern (wegen Gefahr übermässiger Kallusbildung) und bei Greisen mit Arteriosklerose.

Eine experimentelle Bestätigung dieser klinischen Erfahrungen liefert B. Rossi,**) der bei 66 Kaninchen folgende Versuche angestellt hat. Nachdem bei allen Tieren in Narkose ein Querbruch des mittleren Unterschenkeldrittels erzeugt worden war, wurde ein Teil der Kaninchen sich selbst überlassen; bei einer zweiten Serie wurde ein bleibender, immobilisierender Verband angelegt und bei den übrigen die Behandlung mit Massage, Kontentivverband und frühzeitiger Mobilisierung eingeleitet. Schon am dritten oder vierten Tage war nun zu konstatieren, daß bei dieser letzten Gruppe der Kallus viel fester war, als bei den Tieren der zweiten Serie, bei welchen die Fraktur nach acht Tagen

*) Semaine Méd. 1900 p. 289 und Zentralbl. f. Chir. 1900 p. 1303.
**) Semaine Méd. 1900, p. 435 und Clinica chir. 1901, No. 1.

Digitized by Google

noch nicht konsolidiert war, während bei den massierten der Kallus um diese Zeit schon Knochenkonsistenz darbot. Nach 18 Tagen der Behandlung waren die Tiere der letzten Reihe mit völliger Funktionsfähigkeit des gebrochenen Gliedes geheilt, was bei den mit Fixationsverband behandelten erst nach einem Monat der Fall war. Auch mikroskopisch ließ sich der Unterschied deutlich verfolgen. Die Naturheilung stand in ihren Erfolgen der Zeit nach zwischen den beiden Behandlungsarten.

Außer zahlreichen Gegnern, die besonders darauf hinweisen, daß die häufigsten Frakturen, die Diaphysenbrüche, sich für die Massage gar nicht eignen, hat sich das Verfahren aber auch Anhänger erworben. So weist Krecke*) darauf hin, daß bei Malleolarfrakturen die Verletzten unter der Massagebehandlung so rasche Fortschritte machen, daß sie oft schon nach acht Tagen ausgiebige Bewegungen im Fußgelenke machen, ja sogar auftreten können. So hat ferner Petersen**) auf dem 23. Chirurgen-Kongreß über sehr schöne Resultate bei der Behandlung der typischen Radiusfraktur berichtet: Der gut eingericht te Vorderarm wird so in eine Mitella gelegt, daß die Bruchstelle eben noch frei darüber hinausragt, wobei die Hand von selbst in der ja erwünschten Ulnovolarflexionsstellung herabhängt. Dieses Hängenlassen genügt, um die Bruchstücke in der richtigen Lage zu erhalten; und dabei kann nach Belieben massiert und aktiv uud passiv bewegt werden, so daß jede Versteifung ausbleibt. — Auf Grund reicher Erfahrung ist auch Sir William H. Bennet†) ein eifriger Anhänger der neuen Methode. Die guten Resultate der Massage bei Verstauchungen und der Umstand, daß minimale Bewegungen der Bruchenden die Kallusbildung begünstigen, erklären ihm zur Genüge, daß das Verfahren auch bei Frakturen so gute Dienste leistet, daß die Heilungsdauer — bis zur völligen Wiederherstellung der Funktion — um ein volles Drittel gegenüber der alten Methode abgekürzt wird. Er massiert jede frische Fraktur, falls nicht Hautschürfungen eine Gegenanzeige bilden, und erreicht damit eine Vermindung der Schmerzen und der Muskelpasmen, sodaß ihm dadurch manche Reposition gelang, die sonst nur durch eine Operation zu erzielen gewesen wäre. Neben der Massage, welche gegen die Muskelatrophie souverän ist, legt Bennet das Hauptgewicht auf die passive Bewegung des gebrochenen Gliedes, da nur dadurch die oft verhängnisvollen Verwachsungen und Versteifungen sicher vermieden werden können. Nachdem die Fraktur reponiert ist, wird sogleich mit den

*) München. Med. Wochenschr. 1892, No. 13.
**) Zentralbl. f. Chir. 1894.
†) The Lancet 1897 und The Practitioner, August 1901.

Digitized by Google

passiven Bewegungen begonnen, wobei die Bruchenden durch den festen Griff der Hand oder durch eine passende Schiene in ihrer Lage erhalten werden; die Bewegungen sind sanft, aber entschieden auszuführen; oft empfiehlt es sich, dieselben zuerst an der entsprechenden gesunden Extremität vorzunehmen, um sie dem Patienten einzuüben. Wichtig ist außer Massage und Bewegung die richtige Lagerung des Gliedes, die so erfolgen soll, daß alle Muskeln, welche auf die Bruchstelle einwirken können, gänzlich erschlafft sind; im allgemeinen ist dies diejenige Stellung, die dem Patienten am wenigsten Beschwerden macht. Schließlich bemerkt Bennet, daß diese Methode nicht in jedem Fall anwendbar ist — z. B. nicht bei starker Dislokation, bei Spiralbrüchen u. dgl. — und daß sie die übrigen Behandlungsarten folglich nicht verdrängt, sondern nur ergänzt.

Das Prinzip der Massagebehandlung haben nun viele Chirurgen adoptiert, indem sie es mit demjenigen der fixierenden Verbände kombinierten So berichtet Valenzuela*) über seine Erfahrungen an 61 Fällen. Zur Fixation benützt er leichte Gipsschienen, die zweimal wöchentlich entfernt werden, um das gebrochene Glied ergiebig massieren und passiv bewegen zu können. Ferner wendet R. Matas**) die Massage sofort nach der Verletzung zusammen mit heißem Seifenbad zur Beseitigung der Muskelspasmen vor Anlegung des fixierenden Verbandes an; sodann wird von der zweiten oder dritten Woche an jeden zweiten bis dritten Tag im Seifenbade massiert, dazwischen wieder fixiert.

Endlich hat vor kurzem Jordan†) seine seit 8 Jahren an über 100 Fällen gesammelten Erfahrungen in einem sehr lesenswerten Artikel mitgeteilt, der für den praktischen Arzt so wichtig ist, daß etwas näher auf denselben eingegangen werden soll. Jordan hat vom Championnière schen Verfahren nur die Massage und die frühzeitigen Bewegungen adoptiert; er verzichtet dagegen auch bei Brüchen ohne Dislokation nicht auf die Immobilisierung, sondern schränkt dieselbe nur auf das zulässige Minimum ein. Es wird also nach jeder Massagesitzung ein Schienenverband angelegt Das Verfahren gestaltet sich z. B. bei der häufigsten Fraktur, dem typischen Radiusbruch, folgendermaßen: „Sofort nach der Verletzung wird das Glied auf eine feste Unterlage, am besten auf einen Sandsack oder ein Lederpolster bequem gelagert und eventuell noch durch Assistentenhände fixiert. Sodann wird die Massage ausgeführt, hierauf bei bestehender Verschiebung die Reposition in üblicher Weise gemacht, das Glied

*) Ref. Zentralbl. f. Chir. 1901, p. 666.
**) Ref. Zentralbl. f. Chir. 1902, p. 777.
†) München. Med. Wochenschr. 7. Juli 1903, p. 1148.

Digitized by Google

mit einer feuchten Binde vom Handrücken bis zur Mitte des Vorderarmes leicht komprimierend eingewickelt, darüber eine trockene Binde appliziert und die Fixierung durch eine einfache Pappschiene oder Drahtschiene bewerkstelligt. Am nächsten Tage Abnahme des Verbandes, Lagerung auf den Sandsack, Massage, Verband. In dieser Weise wird fortgefahren bis zu eingetretener Heilung. Neben der Massage werden schon einige Tage nach der Verletzung leichte Bewegungen der Finger und des Handgelenks, sowie des Ellbogen- und Schultergelenks, unter manueller Fixierung der Bruchstelle, ausgeführt. Die Schiene bleibt bis zur Konsolidierung liegen." Die Massagesitzungen dauern 15—30 Minuten; es werden, unter Ueberspringung der Bruchstelle, von den Fingern bis zum Ellbogen leichte Streichungen in zentrifugaler Richtung vorgenommen; für die Intensität derselben ist die Empfindlichkeit der Patienten maßgebend. Die Massage soll ganz oder nahezu schmerzlos empfunden werden, nur dann ist sie richtig ausgeführt. Die Empfindlichkeit des verletzten Gliedes nimmt dabei rasch ab, so daß man bald und recht energisch drücken und strecken kann, was den Erfolg hat, daß die Schwellung und Spannung des Gliedes und damit die spontanen Schmerzen schon nach viel kürzerer Zeit als mit den immobilisierenden Verbänden geschwunden sind. Auch Jordan bestätigt, daß bei dieser Behandlung die Kallusbildung rascher und sicherer vor sich geht, als bei wochenlanger Fixierung und daß das Glied fast sofort nach erfolgter Konsolidierung der Knochenwunde auch funktionsfähig ist. Dies bedeutet eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer. — In den seltenen Fällen von Radiusfraktur mit Neigung zu Dislokation empfiehlt Jordan, nach etwa einwöchiger Massage, welche die Schwellung rückgängig macht, für 1—2 Wochen einen leichten Gipsverband anzulegen. — In ähnlicher Weise ging Jordan bei den Brüchen des Vorderarmes und den Kondylen und Epikondylen des Humerus vor: nach der Massage Schienenverband in rechtwinkliger Beugung und Supination des Vorderarms; nur bei starker Dislokation wurde in der zweiten Woche für kurze Zeit ein Dauerverband angelegt. Bei Brüchen des Olekranon wurde jedesmal nach dem Massieren der Arm in Streckstellung fixiert und die Annäherung der Bruchenden durch die Bindeeinwirkung erstrebt; nach drei Wochen stumpfwinklige und dann volle Beugung des Vorderarmes. Bei Brüchen des Humerusschaftes empfiehlt Jordan die Anlegung einer Kramerschen Schiene von der Schulter bis zum Handgelenk und die Fixierung während der Massagesitzung durch Extension und Kontraextension. Bei Brüchen des anatomischen Halses des Humerus genügt eine Mitella zur Fixation, während bei den Frakturen des

Digitized by Google

chirurgiſchen Halses eventuelle Reposition in Narkose und Immobilisierung durch einen festen Verband für 1—3 Wochen zweckmäßiger erſcheine.

Bei den Frakturen der unteren Extremität hält Jordan den Gehverband für besser, den er aber erst nach etwa einer Woche, während welcher bei Bettruhe und Schiene täglich massiert wurde, anlegt.

Bei Befolgung dieser Prinzipien hat Jordan folgende Resultate erzielt: Unter 73 Patienten, die er bis zum Ende beobachten konnte und von denen 27 das 40. Altersjahr überschrittten hatten, wurden 67 vollständig arbeitsfähig; zwei bezogen eine Rente von 50 Proz., zwei eine Rente von 40 Prozent und die letzten zwei eine solche von 10 Prozent. Dieses Resultat muß als ein ganz vorzügliches bezeichnet werden und spricht demnach noch besser als alle theoretiſchen Ueberlegungen zu Gunsten des Verfahrens.

Nun sagt allerdings Jordan am Schlusse seines Aufsatzes, diese funktionelle Therapie erfordere „viel Zeit, Geduld und Erfahrung auf dem Gebiet der Knochenbrüche und werde deshalb aus naheliegenden Gründen wohl kaum Allgemeingut der Aerzte werden, es sei denn, daß man sich entſchließen würde, an Kliniken mit großem Verletzungsmaterial spezielle Kurse einzurichten, um die Aerzte mit dem Massageverfahren vertraut zu machen". Für die ärztliche Praxis leitet er darum aus seinen Resultaten nur die Empfehlung ab, daß „der Anlegung fester Verbände eine mehrtägige bis einwöchige Massage vorauszuſchicken und die Zeit der vollständigen Immobilisierung auf das Notwendigste zu beſchränken sei".

Wir glauben dagegen, aus den mitgeteilten Berichten der verſchiedenen Chirurgen ſchließen zu dürfen, daß die Behandlung der geeigneten Fälle von Fraktur mit Massage und passiver Bewegung, wie sie Jordan übt, Allgemeingut der Aerzte werden müsse, da die Abkürzung der Heilungsdauer und die bedeutend besseren funktionellen Resultate den praktiſchen Arzt unbedingt veranlassen werden, sich die Methode anzueignen und die nötige Zeit im Interesse des Patienten zu opfern, und als „geeignete Fälle" betrachten wir alle Frakturen der oberen und unteren Extremität, bei denen keine erhebliche Dislokation mit großer Neigung zur Wiederkehr derselben vorhanden ist. Für diese letzteren Fälle gilt dann wieder die Empfehlung Jordans, eine Massagekur der Anlegung des immobilisierenden Verbandes vorauszuſchicken und baldmöglichst nachfolgen zu lassen.

Zur Verhütung und Behandlung der pleuritischen und empyematischen Skoliose. Von Prof. Th. Kölliker (Leipzig). (Deutſche med. Wochenſchr., 1904;

Digitized by Google

No. 17.) Große seröse und fibrinöse Exsudate und lange eiternde Empyeme der Pleura geben oft Veranlassung zur Entstehung mehr oder weniger hochgradiger skoliotischer Deformitäten des Thorax und der Wirbelsäule. Die Entwicklung dieser Skoliose wird am besten verhütet durch rasche Ausheilung der Erkrankung. Es ist daher bei großen pleuritischen Exsudaten und bei Exsudaten, die sich nicht rasch resorbiren (hat das Exsudat einen wesentlich höheren Gefrierpunkt als das Blut, so ist nicht auf rasche Resorption zu rechnen), zeitig die Punction auszuführen; sobald ein Empyem diagnosticiert ist, muß behufs rascher und sicherer Entleerung des Eiters die Rippenresection in der hinteren Axillarlinie und so tief als möglich gemacht werden. Die Behandlung der sich ausbildenden Skoliose muß sofort aufgenommen werden, denn gegen die ausgebildete Skoliose kann die Therapie nicht mehr viel leisten. Als therapeutische Maßnahmen kommen Gymnastik und das Tragen eines geeigneten Stützapparates in Betracht. Zur Gymnastik benutzt K. folgenden Apparat. An einem Bock ist eine Glisson'sche Schwebe angebracht, die Handhaben zur Selbstsuspension trägt. Diese Handhaben können beliebig verlängert und verkürzt werden. Die Handhabe für die erkrankte Thoraxseite ist so kurz gestellt, daß sie nur mit dem erhobenen Arm gefaßt werden kann, die Handhabe für den Arm auf der convexen Seite der Skoliose so tief, daß der Kranke nach unten greift, um sie zu erreichen. Will sich nun der Kranke suspendieren, so muß er den Arm der erkrankten Seite hochheben, dehnt somit die betreffende Thoraxseite aus, mit dem Arm der entgegengesetzten Seite drückt er nach unten und redressiert damit die Skoliose. Zur Verstärkung der Wirkung wird die Convexität der Skoliose durch einen breiten elastischen Gurt gegen den entgegengesetzten verticalen Arm des Bockes angezogen. Als Stützapparat verwendet er modificiertes Hessing'sches Corset. An der Seitenstütze der convexen Seite der Skoliose befindet sich ein breiter, elastischer Gurt, der durch einen Schlitz unter das Corset geführt wird und der einen starken, zu regulierenden Druck auf die Convexität der Skoliose ausübt. Durch einen zweiten Schlitz, unmittelbar hinter der Seitenstütze der concaven Skoliosenseite tritt der Gurt wieder an die Außenseite des Corsets. Er wird an die betreffende Seitenstütze vermittelst eines Lederriemens, der mehrere Löcher trägt, geknüpft, so daß man den elastischen Gurt beliebig straff spannen kann. Die Schulter der erkrankten Thoraxseite wird durch eine Achselkrücke stark gehoben. Der Beckenbügel dieser Seite liegt dem Becken exact an, die Seitenstütze steht jedoch vom Thorax ab, um der erkrankten Brustseite Spielraum zu ihrer Entwicklung zu gewähren.

Digitized by Google

Blutungen aus der Harnröhre gehören stets zu den Erscheinungen, welche sowohl für den Patienten wie für seine Umgebung alarmierend zu sein pflegen. Prof. Kutner (Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 11/04) nimmt an, daß die Kenntnis der Ursachen und Behandlung solcher Blutungen bei den praktischen Aerzten wenig verbreitet ist und schreibt über diesen Gegenstand:

Am besten bekannt sind noch jene Blutungen, welche post cohabitationem infolge von sexuellem Abusus (z. B. in den Flitterwochen) zuweilen auftreten und unmittelbar aus den samenbereitenden Organen stammen. Ebenfalls bei der Kohabitation werden Blutungen durch Zerreissungen der Mukosa, in schweren Fällen auch durch Einrisse, welche bis in das Corpus cavernosum gehen, bisweilen hervorgerufen, wenn trotz räumlicher Mißverhältnisse eine zu stürmische Gewaltanwendung statthat. Blutungen bei bestehender Gonorrhoe sind nicht selten; sieht man von dem blutig gefärbten Eiter ab, so treten sie meist infolge des Weiterschreitens des Prozesses auf die hintere Harnröhre (Urethritis posterior) am Schlusse der Miktion auf; fast immer handelt es sich hierbei nur um wenige Tropfen sanguis. Es ist aber zu bemerken, daß auch Fälle zur Beobachtung gelangen, in welchen — gänzlich unabhängig von der Miktion — stärkere Blutungen infolge der gonorrhoischen Entzündung auftreten, ja es kommen sogar abundante Blutungen, wie er kürzlich beobachten konnte, infolge der intensiven entzündlichen Hyperämie der Schleimhaut vor. Am wenigsten bekannt und doch von großer Wichtigkeit für den praktischen Arzt ist die Tatsache, daß bei alten Männern, welche an Prostatahypertrophie leiden, spontane Blutungen aus der Harnröhre auftreten können. Die vergrösserte Prostata pflegt bei der überaus reichlichen Gefäßversorgung sich dauernd in dem Zustande einer gewissen Turgeszenz zu befinden; hiezu kommt, daß ihre von der Schleimhaut überzogene Kapsel infolge der Hyperplasie des Prostatagewebes nicht unerheblich gespannt ist. Es erscheint deshalb verständlich, daß minimale Einrisse und Blutungen der Schleimhaut aus der freien Fläche durch Ueberspannung der Kapsel entstehen, sobald durch irgend welche äussere Ursachen (körperliche Ueberanstrengung, starker Exzeß im Essen, Trinken oder in venere u. s. w.) eine besonders lebhafte Blutzufuhr nach den Unterleibsorganen veranlasst wird. Man darf solche Blutungen in geringem Umfange als eine Art Selbsthilfe des Organismus betrachten; denn erfahrungsgemäß tritt nach ihnen eine gewisse Erleichterung der prostatischen Beschwerden, insbesondere eine Verbesserung der Harnentleerung ein. Sieht man von den überaus seltenen Neubildungen in der Harnröhre, sowie von den durch

Digitized by Google

mechanische Gewalt (fehlerhafter Katheterismus, Ruptur infolge Fall oder Stoß) hervorgerufenen Blutungen ab, so sind im vorstehenden ihre wesentlichsten Ursachen erschöpft.

Was die Behandlung solcher Blutungen anlangt, so kann sie, wenn man sämtliche Ursachen ins Auge faßt, eine spezifische, eine symptomatische oder eine instrumentelle resp. chirurgische sein. Spezifisch ist die Therapie bei den Blutungen infolge Gonorrhoe, indem man durch Balsamica (am besten große Dosen Oleum Santali, etwa dreimal täglich 20—25 Tropfen) auf den gonorrhoischen Prozeß als solchen einwirkt, wobei bis zum Aufhören der Blutung jede örtliche Behandlung sistiert wird. Als symptomatische Hilfsmittel sowohl bei der Blutung infolge von sexuellem Abusus und bei mechanischen Verletzungen, als auch besonders bei Blutungen aus der Prostata stehen uns zur Verfügung: Ruhe, Eis und die innerliche Verwendung von Stypticin. Dieses kürzlich in einer Arbeit von E. Kögel-Wien (Monatsberichte für Urologie, 9. Bd., 2. Heft) mit Recht gelobte Mittel verdient nach den Erfahrungen des Verf. gerade bei den Prostatablutungen eine erheblich größere Anwendung, als ihm bisher zuteil wird. Sehr zweckmäßig sind die in den Handel gebrachten Stypticinperlen, von denen jede 0,05 gr. enthält; von diesen Perlen empfiehlt es sich, dem Patienten bei Prostatablutungen zuerst dreimal täglich zwei Stück zu geben, während man später im Verhältnis des Zurückganges der Blutung die Menge herabsetzt; es ist ratsam, die Stypticingaben ganz allmählich und erst einige Tage nach dem gänzlichen Verschwinden der Blutung aufhören zu lassen. Ein vortreffliches Blutstillungsmittel, welches sich auch in der Urologie seinen Platz erobern wird, ist das Adrenalin. Im Gegensatz zum Stypticin erfolgt seine Anwendung örtlich, indem man es mittels Instillationskatheter tropfenweise (in 0,1 prozentiger Lösung) in die Harnröhre einbringt. In dieser Anwendungsweise hat es K. in einem sehr renitenten Falle von Prostatablutung mit vortrefflichem Erfolge benutzt. Es sei hierbei darauf hingewiesen, daß sowohl Stypticin, wie Adrenalin naturgemäß auch für die Blutungen der Blase sehr wertvolle Hilfsmittel sind. In zwei Fällen von Blasentumor, deren einer ein inoperables Karzinom betraf, während in dem anderen die vorgeschlagene Operation abgelehnt wurde, war der günstige Einfluß des Stypticins in den oben genannten Dosen frappierend. In dem einen Falle hat sich außerdem das Adrenalin insofern bewährt, als es, bei der ziemlich starken Blutung während der Kystoskopie in verdünnter Lösung der zur Füllung der Blase verwendeten Borsäure beigefügt, die Blutung fast augenblicklich zum Stehen brachte und somit die Unter-

Digitized by Google

suchung wesentlich erleichterte. Zu Untersuchungszwecken gewinnt das Adrenalin deshalb vielleicht nicht nur als kystoskopisches Hilfsmittel, sondern auch bei der Differentialdiagnostik im Dienste des praktischen Arztes eine gewisse Bedeutung; denn wenn sich die blutstillende Wirkung einer Adrenalinlösung in der Blase weiterhin bewähren sollte, so würde man durch dieses einfache Mittel ohne Mühe erkennen können, ob eine Blutung aus der Blase oder den Nieren stammt. Trotzdem wäre es ganz falsch, zu glauben, daß man hierdurch der Kystoskopie bei Blutungen entraten könnte. Denn die kystoskopische Feststellung, um welche Ursache der Blutung in der Blase (Tumor, Stein, Tuberkulose oder dergl.) es sich handelt bezw. aus welcher Niere das Blut kommt, gibt erst die Grundlage für ein zielbewusstes therapeutisches Eingreifen. Bei Blutungen aus der Harnröhre — sei es, daß sie spontane oder traumatische sind — welche mit lebensgefährlicher Heftigkeit auftreten, wird man naturgemäß sich mit den medikamentösen Maßnahmen nicht lange aufhalten; vielmehr kommt hier nur zweierlei in Betracht: das Einlegen eines sorgfältig sterilisierten und möglichst starken elastischen Katheters, welcher die Harnröhre tamponiert und — beim Versagen auch dieses Hilfsmittels — das sofortige chirurgische Vorgehen. Letzteres wird unverzüglich in seine Rechte treten, wenn bei schweren Verletzungen oder gar Zerreissung der Harnröhre neben der Gefahr des Verblutens die nicht geringere der Harninfiltration droht.

Die Behandlung der Ohrfurunkulose schildert Professor Dr. R. Haug in München (Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 11/1904). Wir müssen bei der Behandlung des Furunkels festhalten, daß es durchaus nicht gleichgültig ist, in welchem Stadium des Prozesses uns der Furunkel zur Behandlung übergeben wird. Während wir einen Furunkel im Anfangsstadium durch geeignete Maßnahmen möglicherweise noch zur Rückbildung bringen können, wird dies in späterer Zeit nicht oder kaum mehr gelingen. Wir müssen infolgedessen danach trachten, die Abstoßung des nekrotischen Gewebepfropfes nach Möglichkeit zu beschleunigen, weil erfahrungsgemäß sofort nach wirklicher totaler Eliminierung desselben — nicht nach blos partieller Entleerung — die unangenehmen subjektiven Erscheinungen sich verlieren. Aber abgesehen von diesen ersten zwei Aufgaben der direkten Bekämpfung des furunkulösen Einzelindividuums erwachsen uns fernerhin zwei weitere, nämlich die der Verhinderung der Rezidive, die ja gerade zu den allerunangenehmsten und gewöhnlichsten Erscheinungen der Ohrfurunkulose gehören, sowie die Verhütung der Furunkel überhaupt, also

Digitized by Google

die Prophylaxe der Furunkulose. Bei den zu Entzündungen des äusseren Gehörganges neigenden Personen, insbesondere Gichtikern, Diabetikern, Ekzemkranken usw. ist es nötig, den Meatus täglich einmal, etwa abends, mit einer Lösung zu bspinseln, die den Juckreiz möglichst tilgt; ist die Ohrmuſchel mitaffiziert, so hat dies auch dort zu geſchehen. Das Berühren der Gehörgangshaut soll aber womöglich niemals mit einem Haarpinsel — diese sind immer unrein — geſchehen, sondern lediglich mittelst Watte, die um eine Sonde gewickelt ist. Als sehr zweckmäßige Lösung ist für solche Fälle erprobt: Rp. Acid. salicyl. 0,5, Menthol. 0,1, Anaesthesin (Ritsert) 0,5, Alkoh. absolut. 35,0, Glyc. pur 15,0, M. D. S. Einpinseln. Selbstverständlich muß in Fällen von Allgemeinerkrankungen als Ursache nebenbei das spezielle anderweitige Regime durchgeführt werden. Sind chroniſche Mittelohreiterungen vorhanden, so erfordern diese die in Frage kommende sorgfältige Lokaltherapie, um das interkurrente Entstehen von Furunkeln hintanzuhalten. Es ist auch weiterhin darauf aufmerksam zu machen, daß der längere habituelle Gebrauch von verſchiedenen Arzneimitteln, wie z. B. Brom, Jod zur Furunkulose im Ohre Veranlassung geben kann; es muß also auch hier gegebenenfalls die rechte Grenze in der Zeit der Medikation gezogen werden. Wenn wir nun den Furunkel im Beginne zur Behandlung bekommen, und zwar in einem Stadium, in welchem eine Rückbildung ohne Abszedierung noch möglich ſcheint, so dürfen keine wasserhaltigen Lösungen irgend welcher Arzneimittel verwendet werden. Auch Inzisionen sind in diesem Stadium, weil erfolglos, immer zu meiden. Als Mittel für diesen Zeitpunkt haben sich folgende bewährt: Rp. Zinc. oxydat., Euguform. aa. 2,0, Acid. carbolic. 0,5, Menthol. 1,0, Vaselin. alb. 40,0. M. f. ungt. D. S. Auf Wattetampons, die sehr gut mit der Salbe bestrichen und imprägniert werden müssen, unter mäßigem Drucke in den Gehörgang bis über die empfindliche Stelle hinaus einzuführen. Der Gehörgang muß gut ausgefüllt sein. Das kann 1—2mal im Laufe der nächsten 48 Stunden, während deren sich ohnehin der Verlauf klären muß, wiederholt werden. Ferner: Rp. Menthol. 2,5, Anaesthesin. (Ritsert) 0,5, Paraffin. liquid., Glycer. pur. aa. 25,0. M. D. S. Auf Watte oder Gaze einzulegen. Oder: Rp. Acid. carbolic. liq. 2,5, Menthol. 0,25, Glycer. 50,0. M. D S. Wie oben oder einträufeln. Auch sogenannte kleine „Ohrmandeln“ sind oft recht zweckdienlich: Rp. Anaesthesin. 0,2, Menthol. 0,05, Gelatin alb. q. s. ut fiat Amygdal. aural. conica D. tal. dos. No. VI. Diese mehrmals pro Tag vom Patienten selbst einzuführenden, koniſchen den Gehörgang eben ausfüllenden Zäpfchen zergehen durch die Körpertemperatur. Auch Einträufelungen

Digitized by Google

von: Rp. Thigenol. (Roche) 2,5, Anaesthesin. 1,0, Hydrogen. peroxydat. (6 Proz.) 10,0, Alkohol absolut., Glyc. pur. aa. 15,0. M. D. S. Einträufeln 3—5mal täglich 10—15 Minuten, haben sich erfolgreich erwiesen.

Bekommen wir den Furunkel nicht mehr in seinen ersten Anfängen, also schon weiter vorgeschritten, so können wir durch die Anwendung des Alkohols oder alkoholischer Lösungen, zu denen das vorhergehende Rezept den Uebergang bildet, noch sehr oft gute Resultate erreichen. Wir verwenden entweder absoluten oder 50proz. Alkohol unvermischt in Form von häufig wiederholten, ziemlich protrahierten Ohrbädern (mindestens fünfzehn Minuten lang) oder wir nehmen: Rp. Sublimat. 0,05—0,1, Anaesthesin. 2,0, Alkoh. absolut. 50,0. M. D. S. Auf Gazestreifen oder Wattebauschen ins Ohr einzulegen.

Auch Kompressen, in Alkohol getaucht und über die Ohrmuschel appliziert und mit einem impermeablen Stoffe abgeschlossen, also Alkoholumschläge, können noch zweckdienlich verwendet werden. Ist die Schwellung so weit vorgeschritten und hat der Prozeß auch vorher schon so lange gedauert, daß eine Rückbildung ausgeschlossen erscheint, so müssen wir trachten, den Furunkel so bald als möglich zum klinischen Abschluß, zur Ausstoßung des Pfropfes zu bringen. Das erreichen wir am ehesten und promtesten durch die Behandlung mittels Liquor Burowii oder essigsaurer Tonerde. Rp. Liquor. Aluminii acetic. (8 Proz.) 5,0—10,0, Aq. destillat. 90,0. M. D. S. Zu Umschlägen.

Es werden Gazestreifen oder Wattebausche in diese absichtlich nicht stark gehaltene Lösung eingetaucht, in den Meatus eingeführt und darüber noch eine in die gleiche Lösung getauchte Kompresse, mit Billrothbatist gedeckt, als Dunstumschlag gelegt. Sind die Schmerzen sehr intensiv, so können wir das vorher beschriebene Thigenolrezept mittels Gazestreifen in den Gehörgang einlegen oder: Rp. Cocain. muriatic. 0,2—1,0 Resorcin. 0,5, Aq. destill., Glyc., Alkohol $\overline{aa}$ 10,0. M. D. S. Einlegen auf Streifen und darüber dann noch eine essigsaure Tonerdekompresse anbringen. Hat sich der Furunkel nun gut sichtbar und mit der Sonde fühlbar konsolidiert, so mache man jetzt, aber nicht früher, eine tiefe ordentlich ergiebige Inzision mittels des Furunkelmessers; sie darf ja nicht zu flach ausfallen, weil sonst der Patient nur doppelt gequält wird. Vor dem Zeitpunkte der Konsolidation des Furunkels die Inzision vorzunehmen, hat absolut keinen Wert, da der Prozeß hierdurch in keiner Weise abgekürzt wird, im Gegenteil, die Patienten vielleicht nach einer kurzen trügerischen Ruhepause für gewöhnlich nur erhöhte Schmerzen bekommen und sich dann eine zweite oder dritte Inzision nicht mehr machen lassen. Erst beim

Digitized by Google

konsolidierten Furunkel wirkt die Inzision, wie die Paracentese, zumeist geradezu erlösend. Ist der Furunkel geplatzt, was die Patienten selbst sehr bald zu merken pflegen, so führen wir zunächst einen kleinen Ohrtrichter unter leicht rotierenden Bewegungen langsam in den Gehörgang ein und quetschen durch ihn vorsichtig den Inhalt sukzessive aus; dann nehmen wir einen größeren Trichter und wiederholen das Manöver. Direkt nach der Inzision oder der Spontanöffnung legen wir auf einen bis zwei Tage Gazestreifen mit essigsaurer Tonerdelösung ein, solange noch Schwellung oder Sekretion besteht. Hat sich die Schwellung verzogen, besteht aber noch etwas Oberflächensekretion, so legen wir von jetzt ab trockene Gazestreifen in den Gehörgang ein. Auch ist es unter diesen Verhältnissen durchaus zweckmäßig, eine kleine Pulvermenge vor der Gazeeinlage zu applizieren. Wir nehmen zu diesem Zwecke: Rp. Euguform. 2,5, Menthol. 0,1, Acid. boric. laevigat. 25,0. M. f. pulv. D. S. Einblasen.

Das ist die Art und Weise, wie wir das einzelne jeweilige Furunkelindividuum zu bekämpfen pflegen. Aber damit ist, wie schon eingangs erwähnt, unsere Aufgabe noch nicht erschöpft. Wir müssen dem Wiederkehren, dem so unangenehmen Rezidivieren nach Tunlichkeit vorzubeugen suchen; wir müssen den Gehörgang in allen seinen Nischen so präparieren, daß eine weitere Inokulation durch Zerstörung der primären ursächlichen Infektionserreger nicht mehr statthaben kann. Hier muß aber der Patient selbst mit bestem Willen und einer sehr großen Ausdauer mithelfen, wenn das definitiv gelingen soll, und häufig genug sehen wir das Ziel gerade an der Indolenz unserer Klienten scheitern, weil sie nicht einsehen wollen, daß, um etwas zu verhüten, auch unter Umständen etwas getan, und zwar lange Zeit und konsequent getan werden muß, auch ohne daß gerade Schmerzen die Notwendigkeit dokumentieren. Diese Nachbehandlung besteht in protrahierten und prolongierten Ohrbädern, die in diesem Falle selbstverständlich keine wässerigen Lösungen zur Grundlage haben dürfen. Das kranke Ohr muß zunächst jeden Tag 15 Minuten lang mit der Flüssigkeit bei auf die Seite geneigtem Kopfe vollständig angefüllt werden. Diese täglich zu nehmenden Ohrbäder müssen auf die Zeitdauer von 14 Tagen bis drei Wochen angewendet werden, bis sich die ganze Oberflächenhaut des Gehörgangs ein oder mehrere Male völlig abgestoßen hat.

Hierauf folgt in einem Zeitraum von drei Monaten noch wöchentlich je einmal ein Ohrbad, wozu besonders zweckentsprechend folgende Lösungen sind: Rp. Acid. salicyl. 0,2, Acid. boric. laevigat. 10,0, Alkohol absolut., Aq. destillat. ana 50,0. M.D.S. Vor dem Gebrauche gut im

Digitized by Google

Wasserbade erwärmt ins Ohr zu träufeln, bis das Ohr voll ist, oder: Rp. Hydrarg. bichlorat. corrosivi 0,05, Menthol. Thymol. ana 0,1, Alkohol absolut. 50,0. M.D.S. Ohne vorherige Erwärmung einzugießen.

Daß unter bestimmten Verhältnissen gar oftmals noch eine gewisse Allgemeintherapie mit einzugreifen hat (Levikowasser, Arsentherapie, Eisenmedikation u. s. w.), ist selbstverständlich.

Neues aus dem Gebiet der prakt. Chirurgie. Von großem praktischen Intererse scheint uns eine Arbeit: Beitrag zur Kenntnis der Desinfektion der menschlichen Haut von Dr. E. W. Sikemeir, (Arch. f. klin. Chirurgie", Bd. 73, Heft 1). S. hat einwandfreie bakteriologische Untersuchungen angestellt, wie man am ersten eine Sterilität der Haut des zu operierenden Patienten erreicht. Dabei kommt S. zu dem Resultat, daß die Haut einen viel höheren Grad von Sterilität erreicht, wenn die Kaliseifenwaschung mit einer Bürste vorgenommen wird. Die Bürste ist ja vielfach angegriffen worden, so namentlich von Schleich. Aussprüche aus seinem bekannten Buche, wie „fort mit der Bürste" und „unser ärgster Feind, der borstige Beherrscher der aseptischen Situation" glaubte er deshalb aufstellen zu können, da seiner Meinung nach die Bürste nicht steril zu machen sei und durch sie die Bakterien eher eingerieben als entfernt würden. In der v. Bergmannschen Klinik wird seit vielen Jahren gerade auf die mechanische Reinigung das größte Gewicht gelegt. Die Bürsten werden, wie es auch S. angibt, am besten durch strömenden Wasserdampf von 104° in Büchsen sterilisiert, während das 10 Minuten lange Kochen in 1proz. Sodalösung zwar die Bürsten steril macht, aber angreift. Auf Grund seiner experimentellen Studien schlägt er folgende Desinfektionsmethode vor. Kurz vor der Operation Rasieren des Operationsterrains. 5 Minuten langes Waschen mit Kaliseife mit desinfizierten Händen unter Strömen warmen Wassers, dann 5 Minuten langes Bürsten mit warmem Wasser und Seife, endlich 5 Minuten langes Bürsten mit Seifenspiritus. Dann folgt Desinfektion mit Aether und Sublimat. S. will seit Durchführung dieser Methode Infektionen, namentlich Fadeneiterungen auf ein Minimum beschränkt haben. Unserer Meinung nach liegt, wie erwähnt, das Hauptgewicht in der mechanischen Reinigung. Rasieren der eingeseiften Haut, tüchtiges Bürsten 10—15 Minuten lang mit Kaliseife, Abreiben mit rauhen Tüchern, um die bakterientragenden Epidermisschuppen zu entfernen, ist das wichtigste. Eine vorhergehende Waschung mit 60—70 proz. Alkohol, dem man

Digitized by Google

keine direkte baktericide Kraft beimessen kann, bereitet die Haut vorzüglich für die 1‰ Sublimatwaschung vor.

„Weitere Erfahrungen über die Behandlung veralteter Empyeme durch ausgedehnte Rippenresektion" sind in der Arbeit von E. Voßwinkel aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban (Prof. Körte) „Arch. f. klin. Chirurgie", Bd. 73, Heft 2 niedergelegt. Voßwinkel hatte bereits im Jahre 1897 im 45. Bd. der „Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie" über 6 derartige Fälle berichtet, denen er jetzt 13 neue hinzufügt. In fast allen Fällen wurde die Thorakoplastik nur dann nötig, wenn es sich um lang bestehende Exsudate handelte, oder wenn im Anfang der Erkrankung durch ungeeignete Maßnahmen — Punktion, Aspiration oder Inzision — das Empyem nicht geheilt werden konnte. In derartigen Fällen bilden sich so starke Veränderungen der Pleura und des Brustkorbes, daß eine später ausgeführte Rippenresektion nicht mehr genügt. Daher ist die Forderung berechtigt, jedes Empyem durch Rippenresektion zu behandeln, da nur dann Aussicht auf Ausheilung ist und die doch sehr eingreifende Thorakoplastik vermieden werden kann. Von dieser Operation sind die verzweifelten Fälle auszuschließen, wo eine ausgebreitete Lungentuberkulose oder bereits amyloide Degeneration besteht. Die Thorakoplastik wurde in der von Schede angegebenen Weise ausgeführt. Für die Fälle, wo auch die Pleura pulmonalis stark verdickt ist, hat Délorme die Dekortikation der Lunge anempfohlen, d. h. die Abtragung der Pleuraschwarten von der Lunge. In vielen Fällen genügt es mit dem Thermokauter oder dem Messer mehrere parallel laufende tiefe Furchen durch die Pleuraschwarte bis auf das Lungengewebe zu ziehen. Wenn aber bei Anlegung solcher Spaltungen der Pleura pulmonalis starke gefäßhaltige Verwachsungen der Lunge mit derselben gefunden werden, ist von der Dekortikation Abstand zu nehmen. Von den 19 Operierten sind 13 dauernd geheilt, 4 gestorben. Es ist also die ausgedehnte Rippenresektion bei alten Empyemen eine durchaus berechtigte und erfolgreiche Operation. — (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.)

Verschiedenes.

Birkenblättertee gegen Nierensteine wird von Jaenicke (Breslau) empfohlen. Ein gehäufter Teelöffel der zu Sommeranfang gesammelten und getrockneten, feinverriebenen Blätter wird mit $^1/_4$ Liter kochenden Wassers übergossen; man läßt 5 Minuten ziehen und dann noch 5 Minuten kochen. Von diesem so zubereiteten Tee läßt

Digitized by Google

man früh nüchtern und nachmittags um 5 Uhr dieselbe Dosis trinken. Am besten wirkt der Tee, wenn man ihn anfangs ca. 6 Monate nach einander trinken läßt, alsdann noch 2—3 mal vier Wochen lang mit je vierwöchentlichen Pausen dazwischen. Auf diese Weise ist es J. gelungen, viele Fälle von Nierensteinen glücklich zu behandeln. Unter seinen Fällen greift J. einen besonders schweren heraus, bei welchem die Diagnose Nierensteine durch die Röntgenstrahlen bestätigt worden war und der seit zwei Jahren an heftigen Schmerzen mit Hämaturie und Albuminurie litt. Alle Kuren waren bisher vergeblich gewesen. Eine Kur von 12 Wochen mit Birkenblättertee brachte bereits eine bedeutende Erleichterung: Eiter und Eiweiß verschwanden aus dem Urin, der Allgemeinzustand hob sich und Patient fühlte sich wesentlich besser. Die Fortsetzung der Kur hatte zur Folge, daß Nierensteine allmählich mit dem Urin abgingen, sodaß schließlich der Patient vollständig hergestellt wurde.

(Centralbl. f. inn. Medizin No. 13, 04.)

Validol und Seekrankheit. Von Dr. K. Koepke, Schiffsarzt. Das von Prof. Scognamiglio in Neapel in die Therapie der Seekrankheit eingeführte Validol hat K. in den letzten drei Jahren in vielen hundert Fällen angewendet und nur selten ein Versagen des Mittels beobachtet. K. empfiehlt folgendes Verfahren: Im Anfangsstadium der Seekrankheit erhalten die Patienten ein Stück Zucker mit 10—15 Tropfen Validol und die Weisung, sich für eine halbe Stunde niederzulegen. Hinterher dürfen sie ein Glas Wein trinken und etwas Biskuit dazu essen. Dies genügt fast ausnahmslos. In den schwereren Fällen, bei Personen, die durch tagelang anhaltende Seekrankheit körperlich und psychisch schon stark heruntergekommen sind, wird sofort Bettruhe verordnet und nachher das Validol auf Zucker gereicht. Eine halbe Stunde später erhält Patient teelöffelweise zwei rohe Gelbeier mit Sherry und Eis verrührt. Fast ausnahmslos bleibt dieses Getränk. Nachdem man dann mehreremale dieselbe Prozedur im Laufe des Tages wiederholt hat, kann man dann allmählich wieder andere leichte Diät erlauben.

(Therap. Monatsh., H. 6, 1904.)

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro 8 XLIV. Jahrgang. 25. Aug. 1904.

Diese Zeitfchrift erfcheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber Knochenbrüche-Behandlung; Originalmitteilung von Dr. Rheins in Neuss. — Ueber Cholelysin. Ueber Phytin. Ueber die Vergiftung mit Blei- und Kupferverbindungen. — Ueber den Einfluß von Anomalien des Brustskeletts auf den Perkussionsfchall der Lunge und auf die Lage des Herzens. Zur Behandlung des Abdominaltyphus. Neuere klinifche Erfahrungen über Ruhr. — Ueber seltene Luxationen. — Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie? Ursachen und Behandlung der Prolapse. — Zur Händedesinfection. Die Chemie der Auster. — Anzeige des Deutfchen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Ueber Knochenbrüche-Behandlung.

Von San.-Rat Dr. Rheins in Neuß.

Zu dem Artikel No. 7 des „Prakt. Arztes" „Ueber Behandlung frifcher Knochenbrüche durch Massage und passive Bewegungen" gestatte ich mir — voll bewußt, nichts neues zu bringen — auf Grund einer 36jährigen Hospital- und Privat-Praxis folgende Bemerkungen.

Selten hat wohl eine Mitteilung dem praktifchen Arzte die Feder zur Entgegnung so in die Hand gedrückt, wie diese Abhandlung.

Es heißt dort: „Man muß sich nur vergegenwärtigen, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die spätere Function des gebrochenen Gliedes alles, seine Form aber nichts bedeutet." Statt aller Gegenrede verweise ich auf die Unfall-Gesetzgebung, auf die Unfall-Neurosen und auf die Richtersprüche bei fchief geheilten Frakturen. Massage ist so alt wie die denkende Menfchheit. Fälle mit umfchriebener Schwellung eignen sich dazu. Unnötig ist Anfangs Massage fast bei allen anderen Knochenbrüchen. Hier genügt einfache Hochlagerung. Außerhalb des Krankenhauses ist bei Frakturen Immobilisierung mit öfterem Wechsel des Verbandes die Hauptsache. Bei Vorderarmbrüchen genügen recht oft dick mit Verbandwatte umwickelte abgerundete Holzfchienchen (Cigarrenkistenholz), je nach dem einzelnen

Digitized by Google

Falle zurecht geſchnitten, mit mäßig fester Einwickelung. Man läßt den entsprechenden Verband nie über die Mitte der Metacarpen reichen. Dann ist für ausgiebige Muskelbewegung durch häufiges Oeffnen und Schließen der Hand bestens gesorgt. Der Patient hat Zeit genug dazu; die Uebungen werden gerne gemacht und die Resultate sind ohne Massage oder etwa nachfolgender Massage ſchnell und gut. Eine Patientin konnte bei Fract. antibr. dextr. oberhalb des Handgelenkes, so behandelt bei tadelloser Verheilung nach vier Wochen bereits Handarbeiten, Nähen etc. verrichten.

Bei Absprengung des Condylus extr. hum. genügt leichte Compression und Mitella nebst ausgiebigen aktiven und passiven Bewegungen bis zum brisement forcé hin nach je fünf bis acht Tagen.

Bei uncomplicierten Unterſchenkelbrüchen leistet Massage und Extension ſchlechteres, wie flache Volkmannsche Schiene resp. Geh-Gypsverband nach 10—14 Tagen angelegt. — Manche berühmte Operateure wenden ausnahmslos bei jedem Unterſchenkelbruche Extension an und lassen auftreten und gehen ohne Verband nach kurzer Dauer trotzdem der Callus noch elastiſch ist, worauf sehr leicht eine neue Fractur eintritt. Für Oberſchenkelbruch ist die Extensionsmethode mit Hochstand des Fußendes des Bettes und starker Zugbelastung die denkbar beste Behandlungsmethode. Bei Humerusſchaft-Fraktur ist die Methode von Jordans mit biegsamen ſchmalen Metallſchienen, von der Schulter bis zum Handgelenk reichend, sehr zu empfehlen.

Die haarsträubendste, echt französiſche Phrase, der Wahlspruch Lucas-Championniére's — sind die unsagbar lächerlichen Worte: „Le monvement, c'est la vie, et l'immobilisation, c'est le commencement de la mort.“ — Die Methode Jordans ist für Hospitalpraxis zu empfehlen, für die Privatpraxis gefährlich. Die Massage, bald nach der Verheilung angewandt, ist sicherer, wie die Massage vor der Heilung.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Cholelysin. Für das wirksamste Mittel zur Lösung von Gallensteinen gilt das ölsaure Natrium. Der überaus widerwärtige Geſchmack des ölsauren Natriums, sowie seine ſchwere Löslichkeit haben es aber verhindert, daß das Mittel in der Therapie eine allgemeine Verwendung gefunden hat. Stroſchein in Berlin ist es nun nach vielfachen Versuchen gelungen, ein ölsaures Natrium an Eiweiß gelagert, in vollkommener Reinheit sowohl in flüssiger als

Digitized by Google

auch in fester Form herzustellen, welches sowohl in reinem Zustande, als auch in Verbindung mit anderen Medikamenten sich leicht einnehmen läßt, und welches er mit dem Namen „Cholelysin“ (für die flüssige Form) und „Cholelysinum siccum“ (für die trockene Form) bezeichnet. Das Cholelysin enthält 20 pCt. ölsaures Natrium in Lösung, während das Cholelysinum siccum 80 pCt. ölsaures Natrium enthält. Durch die Anlagerung des ölsauren Natriums an 20 pCt. Eiweiß wird ein Präparat erzielt, welches die gallensteinlösende Eigenschaft des ölsauren Natriums in vollem Maße besitzt, ohne aber den widerlichen Geruch und Geschmack des ölsauren Natriums zu haben, sowie ohne die Aetzwirkungen desselben auf die Magenschleimhaut auszuüben. Durch Versuche ist festgestellt worden, daß das „Cholelysin“ mit der Zeit reine und gemischte Cholesterinsteine völlig erweichte, während sie in Wasser ungelöst blieben. Es liegt die Annahme nahe, daß das „Cholelysin“, welches als eine fettfreie Seife zur Resorption und teilweisen Deponierung in die Leber gelangt, die Steine zu erweichen und verkleinern vermag. Bei der gleichzeitig den Gallenfluß fördernden Wirkung des Mittels ist dann Zerquetschung und Austreibung der Concremente die Folge. In allen Fällen, die Verdacht auf Gallensteine darbieten, werden bei den Versuchen neben der entsprechenden Diät abends vor dem Zubettegehen, morgens nüchtern, sowie vor dem Mittagessen je ½—1 Teelöffel „Cholelysin“ resp. ein bis zwei Cholelysintabletten oder 0,6 resp. 1,2 g Cholelysinum siccum eingenommen. Am besten wird das Mittel rein genommen und Wasser, entweder einfaches Trinkwasser, in welchem auf ein Trinkglas eine Messerspitze Kochsalz gelöst wird, oder ein alkalischer Säuerling, Fachinger, Gießhübler etc. nachgetrunken. Das Cholelysin wird nur in Originalflaschen à 20, 50, 100, 150 g zum Preise von 1, 2, 3,50, 5 Mk. von den Apotheken an das Publikum abgegeben.

Die Cholelysintabletten werden ebenfalls nur in Originalpackungen, und zwar in Röhrchen mit je 25 Tabletten von den Apotheken zum Preise von 2 Mk. an das Publikum verkauft. Das Cholelysinum siccum wird in verschieden großen Packungen in den Handel gebracht, ist lediglich für die Rezeptur bestimmt und wird nach der preußischen Arzneitaxe in den Apotheken mit 1 g = 0,15 Mk., 10 g = 1,35 Mk. berechnet.

Das Cholelysinum siccum wird am häufigsten in Form von dispensiertem Pulver entweder rein oder mit Elaeosaccharum Menth. pip. etc. verordnet. Zuweilen wird es auch in Form von Schüttelmixturen unter beliebigen Zusätzen von Syrupen etc. ordiniert. Zusätze von Mineralsäuren sind zu vermeiden, da durch dieselben eine teilweise

Digitized by Google

Zersetzung des Cholelysins verursacht wird. Seiner schnellen und prompten Wirkung wegen wird das Cholelysin (flüssige Präparat) bevorzugt.

Ein ärztliches Gutachten über das Cholelysin liegt von Dr. J A. Goldmann (Wien) vor. (Deutsche Aerzte-Ztg., 1904, Heft 10.) Wir besitzen nach G. im „Cholelysin" ein spezifisches Therapeutikum von verläßlicher Wirkung, welches alle dem ölsauren Natron zugesprochenen Vorzüge — ohne dessen Nachteile — im vollsten Maße besitzt und dem Arzte das Mittel an die Hand gibt, sowohl bei leichteren Erkrankungen der Gallenwege als auch bei schon bestehender Cholelithiasis einerseits prophylaktisch, andererseits aber auch mit bester Aussicht auf vollen Heileffekt einwirken zu können und somit viele Kranke durch eine vollständig gefahrlose interne Behandlung der Gesundheit zuzuführen.

(Allg. med. Centralztg.)

Von der Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel liegt ein Bericht vor über **Phytin**, das neue, von Dr. S. Posternak aus Pflanzensamen hergestellte, natürliche, organische Phosphorpräparat. Das Phytin ist ein saures Kalk- und Magnesium-Doppelsalz des neu in der Pflanze entdeckten Phosphorprinzips, welches die Konstitution einer Anhydrooxymethylendiphosphorsäure hat und zeichnet sich durch seinen hohen, einzig dastehenden Gehalt von 22,8 Proz. Phosphor in organischer Bildung aus. Das Phytin ist der am weitesten in der Natur verbreitete organische Phosphorreservestoff, der, unabhängig von den Eiweißstoffen, zur Entwicklung des Pflanzenembryos in allen Samen (Cerealien wie Leguminosen), in allen Knollen (Kartoffeln) sowie Rhizomen (Rüben) abgelagert ist und ungefähr 90 Proz. des gesamten darin enthaltenen Phosphors ausmacht. Phytin repräsentiert daher die der wissenschaftlichen Welt solange entgangene Phosphor - Nahrungssubstanz, von welcher der größte Teil der hoch organisierten Pflanzen- und Tierwelt lebt.

Man wendet in der Medizin die Phosphorpräparate gerade in Fällen an, in denen es sich darum handelt, die Phosphorernährung des Organismus zu erhöhen bezw. aktivieren. Durch seine Herkunft und chemische Zusammensetzung, durch seinen hohen Phosphorgehalt und seine Fähigkeit, gleichzeitig dem Organismus auch Erdalkalien zuzuführen, erscheint von vornherein das Phytin als das geeignetste Präparat für solche Fälle. In der Tat gelang es, durch ausgedehnte physiologische und klinische Untersuchungen die Assimilierbarkeit des Phytins aufs überzeugendste zu beweisen und sehr günstige therapeutische Effekte zu erzielen.

Digitized by Google

Das Phytin besitzt ausser seinem Phosphor-Nahrungswert noch spezifische Eigenschaften, die durch exakte Stoffwechselversuche eruiert worden sind. Das Phytin erhöht nämlich bedeutend den Stoffwechselumsatz und befördert dadurch die intime Ernährung der Zellen und Gewebe. Klinisch offenbart sich diese Wirkung bei gesunden wie auch kranken Menschen schon nach drei- bis viertägigem Gebrauch durch eine bemerkenswerte Anregung des Appetits. Dieser Verbesserung des Ernährungszustandes ist wahrscheinlich die sehr günstige Wirkung des Präparates zuzuschreiben in Fällen von Schwindsucht, chronischen und akuten Erkrankungen der Kinder und Erwachsenen, Chlorose und anderen Anämien. Eine gute Wirkung hat das Phytin ferner bei Neurasthenie, Nervosität, Hysterie und anderen Nervenkrankheiten sowie bei Schlaflosigkeit, die durch angestrengte Arbeit oder durch Nervenschwäche hervorgerufen ist.

Sehr empfehlenswert ist auch die Anwendung des Phytins während des Wachstums der Kinder, in welcher Zeit meistens ein bedeutender Phosphormangel eintritt.

Das Präparat wird ohne jegliche Beschwerden auch von Schwerkranken vorzüglich vertragen.

Für Säuglinge und Kinder bis zu 2 Jahren stellt die Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel ein neutrales, lösliches Phytinmilchzuckerpräparat unter dem Namen Fortossan in Tabletten à 2,5 g her. Es wird von allen Kindern sehr gut vertragen. Durch seinen Phytin- und Milchzuckergehalt erhöht das Fortossan den Nährwert der Milch und der gewöhnlichen Kindernahrungsmittel.

Besonders angezeigt ist Fortossan bei künstlicher Ernährung, bei langsamem Wachstum und zurückgebliebener Entwicklung der Kinder, bei Rachitis, bei Skrofulose und Tuberkulose, bei Rekonvaleszenten jeder Art.

Die Dosis des Phytins ist: für Erwachsene pro die 1,0 g — 2 g.

Für Kinder von 2—6 Jahren: 0,26—0,5 g pro Tag,
„ „ „ 6—10 „ : 0,5 —1,0 g „ „
am besten 1—2 Stunden vor den Hauptmahlzeiten in Zuckerwasser, nach 8—10 Tagen 3—5 Tage aussetzen.

Vom Fortossan gibt man den Kindern
bis zu 2 Monaten täglich 1 Tablette,
von 2—6 „ „ 2 Tabletten,
„ 6—12 „ „ 3 „
„ 1—2 Jahren „ 4 „

Die tägliche Dosis wird am besten in 3—4 Portionen geteilt und je eine Portion einer Flasche Milch oder einem Brei zugesetzt.

Ueber die Vergiftung mit Blei- und Kupferverbindungen vom gerichtsärztlichen Standpunkte.

Digitized by Google

Von Dr. Giere, Charlottenburg. Blei und Kupfer sind zweifellos die beiden giftigen Metalle, die uns im täglichen Leben am häufigsten begegnen. Die Metalle als solche, wie deren Verbindungen, finden ausgedehnteste Verwendung, das Blei in den mannigfachsten Legierungen als Letternmetall, in bleihaltigen Spielwaren, als Lot, in Emaillen etc., das Kupfer besonders als Geldmünze oder in Kochgefäßen. Vergiftungen mit diesen beiden Metallen, ganz abgesehen von den zahlreichen und dem großen Publikum leicht zugänglichen Verbindungen, lassen sich daher von vornherein erwarten. Die Verwendung dieser Stoffe ist zwar in Deutschland durch das Gesetz, betreffend den Verkehr mit blei- und zinkhaltigen Gegenständen (vom 25. Juni 1887), sowie das Gesetz, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben (vom 5. Juli 1887), nach mancher Richtung hin beschränkt, doch sind derartige Vergiftungen immer noch verhältnismäßig häufig. Die Erscheinungen einer Bleivergiftung sind ja allgemein bekannt, doch muß der Nachweis natürlich noch auf chemischem Wege erfolgen Hierzu werden die Organteile durch chlorsaures Kali und Salzsäure zerstört, das Filtrat mit Schwefelwasserstoff behandelt, der schwarze Niederschlag von PbS in Salpetersäure gelöst und das Blei als Sulfat gefällt. Der Nachweis des Bleies an der Leiche gelingt noch nach Jahren. Die geeignetsten Organe für die Untersuchung sind Nieren, Leber, Darm und Magen, unter Umständen auch Knochen. Bleiverbindungen sind beliebte Abortivmittel und in der Tat wird häufig bei Schwangeren, die in Bleiwerken arbeiten, Abort verursacht. Infolge des heftigen Erbrechens bei Bleiintoxikationen wird der größte Teil des Giftes wieder herausbefördert, ein kleinerer Teil verläßt den Körper mit den Fäzes und dem Urin. Die Ausscheidung des Bleies mit dem Kot, der Galle und dem Harn erfolgt wegen der innigen Verbindung mit dem Körpereiweiß so langsam, daß es sich noch nach Wochen, selbst Monaten nachweisen läßt. Besonders charakteristisch für Bleivergiftungen ist der sogenannte Bleisaum, ein blaugrauer bis schwarzer Saum von Schwefelblei an der Stelle, wo das Zahnfleisch an die Zahnmasse grenzt.

Während die große Giftigkeit des Bleies allerseits zugegeben wird, gehen die Ansichten über das Kupfer noch stark auseinander. In Frankreich ist es vielfach Sitte, Gemüse zu kupfern. Durch dieses bedenkliche, Réverdissage genannte Verfahren erhalten die Konserven eine ausgesprochen grasgrüne Färbung. Anderseits aber ist zu beachten, daß sich Kupfer natürlicherweise in vielen Pflanzen und den daraus hergestellten Nahrungsmitteln findet. Bohnen, Karotten, Spinat, besonders aber Kakao enthalten regelmäßig Kupfer, besonders Kakao ist reich daran. Von den Orga-

Digitized by Google

nen hält die Leber das Gift am längsten fest, ferner müssen auch Darm, Nieren, Milz, Bauchspeicheldrüse, auch Mageninhalt und Urin zur Untersuchung herangezogen werden. Wie bei der Bleivergiftung, bietet auch hier das Zahnfleisch charakteristische Erscheinungen: es zeigt purpurroten Saum und ist von den Zähnen zurückgezogen. Haut und Haare haben grünliche Färbung, desgleichen Fäzes und Urin. — (Centralblt. f. d. ges. Therap.)

II. Medicin.

Ueber den Einfluss von Anomalien des Brustskeletts auf den Perkussionsschall der Lunge und auf die Lage des Herzens hielt Geh.-Rat Prof. Dr. Bäumler im Freiburger Aerzteverein einen Vortrag, in dem er folgendes ausführte: Irrige Deutungen, darauf sich stützende unnötige Besorgnisse und Anordnung von Heilverfahren in Lungenheilstätten, wo eigentlich kein Anlaß dafür vorliegt, können nur zu leicht die Folge der Nichtbeachtung von Abweichungen des Brustskeletts von der Norm sein, wie sie vor allem durch in der Kindheit überstandene Rachitis, dann aber auch durch angeborene erworbene Neigung zu Skoliose und anderen Veränderungen an der Wirbelsäule hervorgerufen werden, die sowohl auf die Lage und Gestalt der Brustorgane als auf das Ergebniss der Untersuchung derselben durch Perkussion und Auskultation einen je nach Umständen sehr bedeutenden Einfluß haben.

Um derartig verursachte Unterschiede richtig zu beurteilen, ist es nötig, sehr genau die Symmetrie der beiden Brusthälften und ihrer einzelnen Gegenden zu beachten, zunächst also für möglichst gerade und ungezwungene Haltung des zu Untersuchenden, sei es im Stehen, sei es im Sitzen, Sorge zu tragen. Auf der Vorderseite der Brust ist ganz besonders sorgfältig die Gestalt und Größe, auch die Tiefe der beiden Supraklavikulargegenden zu vergleichen, ebenso auf der Rückeite die der Supraspinalgegenden, da ja bekanntlich die Untersuchung der Lungenspitzen für den Nachweis allerfrühester tuberkulöser Veränderungen von größter Wichtigkeit ist. Eine Abflachung der einen Supraklavikulargegend, womit gewöhnlich auch eine sonstige Gestaltsveränderung verbunden ist, kann bei gesunder Lunge mit lauterem Schall als auf der anderen Seite einhergehen und umgekehrt kann in der Supraspinalgegend derselben Seite der Schall abgeschwächt erscheinen, lediglich

Digitized by Google

infolge der durch leichteste Skoliose bedingten stärkeren Wölbung des hinteren Teiles der obersten Rippen.

Sehr zweckmäßig ist es, den auf einem Stuhl sitzenden Pat. von oben und hinten zu betrachten, die sagittalen Durchmesser der beiden Brustseiten und ihre Gestaltung miteinander zu vergleichen und die Wirbelsäule in ihrem Verlauf bis zum Kreuzbein von oben her zu visieren. Auch der Vergleich der beiden Schulterlinien, der Abfall des Halses gegen die Akromialgegend hin kann schon auf den ersten Blick die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein eines Hochstandes eines Schulterblattes infolge von Skoliose oder von andern Anomalien lenken und dann zu einer genaueren Prüfung der Wölbungsverhältnisse der obersten Brustgegenden auffordern.

Auf diese Verhältnisse, speziell auf die „unregelmäßige Konfiguration des Schultergürtels" in ihrem Einfluß auf die Perkussionsergebnisse und damit auf deren Bedeutung für die Diagnostik der Lungentuberkulose ist vor einiger Zeit auch von Adolf Schmidt in Dresden aufmerksam gemacht worden.

Achtet man genauer auf diese Dinge, so überzeugt man sich, wie häufig bei sonst gutgebauten und gutgenährten Menschen nicht blos geringfügige Unregelmäßigkeiten, die ihre Ursache in dem Verhalten der Wirbelsäule haben, vorkommen. B. ist in der Klinik mehr als schon vorher auf dieselben aufmerksam geworden durch die Untersuchung von Kranken, welche von der Versicherungsanstalt Baden der Klinik zur Oberbegutachtung über ihre Tauglichkeit zur Aufnahme in eine Lungenheilstätte überwiesen werden. Es hat sich bei solchen Untersuchungen mehrfach ergeben, daß tatsächlich vorhandene und von dem empfehlenden Arzt nachgewiesene perkussorische und auskultatorische Ungleichheiten und Abweichungen von der Norm nicht auf frischen Veränderungen, sondern auf Vernarbung oder überhaupt nur auf Formveränderungen des Thorax der besprochenen Art beruhten, und daß also keine Veranlassung vorlag, die Betreffenden einer Heilstättenbehandlung zu unterwerfen.

Nicht minder wichtig als für die richtige Deutung, besonders der Perkussionsverhältnisse der Lungen, sind Anomalien der Wirbelsäule für die Beurteilung der Lage- und Größenverhältnisse des Herzens. Hier kommen, abgesehen von höhergradigen Skoliosen und Kyphoskoliosen, hauptsächlich die zu geringen (flacher Rücken), wie auch die zu starken kyphotischen (runder Rücken) Ausbiegungen der Brustwirbelsäule bei übrigens geradem oder gleichfalls in seitlicher Richtung abnormen Verlauf in Betracht. Namentlich bei zu geradem Verlauf der Brustwirbelsäule sind oft die Interkostalräume vorne sehr weit. Das Brustbein kann

Digitized by Google

dann wegen des weniger schrägen Verlaufs der oberen und mittleren Rippen sehr in die Höhe gerückt sein, das Herz liegt wegen des geringen sagittalen Durchmessers des Brustkorbs der vorderen Brustwand breiter an, obwohl es ganz normal ist. Dementsprechend zeigt der Herzspitzenstoß eine erhebliche Verbreiterung und Verstärkung. Das Umgekehrte — tiefere Lage des Herzens im sagittalen Durchmesser des Brustraumes, stärkeres Ueberlagertsein des Herzens durch die Lungenränder — kann bei rundem Rücken sich finden. Auch seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule, wenn auch nur geringen Grades, wobei ja der Grad der Drehung der Wirbelkörper um die vertikale Achse sich an der Linie der Dornfortsätze oft nur wenig erkennen läßt, können die Herzlage wesentlich beeinflussen. So kann unter Umständen durch Linksstand der Herzspitze, wegen verstärkter Linkslage des ganzen Herzens, eine in Wirklichkeit nicht vorhandene Hypertrophie des linken Ventrikels vorgetäuscht werden. Namentlich bei hoch aufgeschossenen jungen Leuten mit sehr erregbarer Herztätigkeit wird in derartigen Fällen zuweilen eine „idiopathische Herzhypertrophie" angenommen, obwohl überhaupt keine Hypertrophie des Herzens, sondern nur abnorm breites Anliegen desselben und durch die Weite des betreffenden Interkostalraums bedingtes stärkeres Sicht- und Fühlbarsein des Herzspitzenstoßes, oder ein durch Skoliose bedingter Linksstand des Herzens vorliegt.

Als eine der am meisten lesenswerten Veröffentlichungen der letzten Zeit müssen die **Bemerkungen zur Behandlung des Abdominaltyphus** von Friedrich Müller (Therapie der Gegenwart 1 und 2) bezeichnet werden; es sind zwar darin keine eigentlich neuen wissenschaftlichen Entdeckungen mitgeteilt, doch spricht daraus eine solche Fülle klinischer Beobachtung und Erfahrung, daß sogar eine auszugsweise Wiedergabe gerechtfertigt erscheint. F. Müller stützt sich auf das Material der Baseler Klinik, das von 1878—1899 unter Immermanns's Leitung 2796 Fälle mit 10,4 Proz. Mortalität, unter seiner Leitung 1890—1902 87 Fälle mit 12 Proz. Mortalität umfaßt. Unter den Todesursachen (aus der Immermann'schen Zeit) steht obenan die Schwere der Infektion mit 23 Proz., dann folgen Darmperforation in 17 Proz., Darmblutung und Pneumonie in je 10 Proz., Lungenembolie in 5,5 Proz. und Nephritis in 3,8 Proz. der Fälle.

In bezug auf die Behandlung hat sich die antitoxische Therapie bisher als sehr wenig ermutigend erwiesen. Als antibakterielles Heilmittel bezw. als Abortivmittel galt und gilt noch heute vielfach das Calomel. Der Vergleich hat

Digitized by Google

ergeben, daß die mit Calomel vorbehandelten Fälle durchaus nicht besser, aber auch nicht schlechter verliefen als diejenigen, in denen das Mittel nicht angewendet wurde. Bedenkt man aber, daß das Calomel erst zur Anwendung gelangt, wenn die Diagnose gestellt ist, wenn also Milzschwellung oder Roseola vorhanden ist, was bekanntlich erst am Ende der ersten Woche eintritt, daß um diese Zeit aber die Typhusbazillen bereits in der Milz und den Roseolen nachweisbar, also schon über den ganzen Körper disseminiert sind, so ist es „eigentlich naiv zu glauben, daß durch eine Desinfektion des Darmes die Krankheitserreger noch eliminiert werden können." Außerdem hat Fürbringer gezeigt, daß Calomel gar kein wirkliches Darmdesinfizienz ist.

Worin sich beim Typhus die eigentliche Gefahr der Intoxikation äußert, ist noch nicht zweifelsfrei festgestellt. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß, wie bei anderen Infektionskrankheiten, auch hier das Sinken des Blutdrucks für den tötlichen Ausgang verantwortlich zu machen ist. Digitalis dabei anzuwenden, ist bekanntlich nutzlos, am meisten bewährt haben sich 2 stündliche Koffeininjektionen, die in manchen Fällen geradezu lebensrettend wirkten, die Tagesdosen von 1—2 g. Da ferner bei der Blutdrucksenkung der akuten Infektionskrankheiten nach Romberg und Päßler die paralytische Vasodilatation im Splanchnikusgebiet eine große Rolle spielt und außerdem oft gleichzeitig mit einer gefahrdrohenden Blutdrucksenkung starker Meteorismus auftritt, so lag es nahe zu versuchen, durch eine große schwere Eisblase die Gasaufblähung der Därme zu beschränken und die abdominelle Blutüberfüllung herabzusetzen. Und in der Tat schien die Maßnahme öfters von gutem Erfolge zu sein; in einem Fall hob sich der Blutdruck von 70 auf 75 mm Hg (nach Gärtner).

In sehr bestimmter Weise wendet sich Müller gegen den Gebrauch von Wein als herzstärkendes Mittel beim Typhus Hier sowohl wie auch bei der Pneumonie und Influenza hat er häufiger eine unangenehme Erregung der Herztätigkeit und des Gesamtnervensystems beobachtet als eine wirkliche Hebung des Pulses. Nur bei großer Appetitlosigkeit in protrahierten Fällen wurde Wein in kleinen Mengen gereicht. Die reichliche Zufuhr schwerer Weine und besonders der Wechsel von Portwein, Kognack, Champagner u. s. w. hat nur häufig übelriechende Zungenbeläge und selbst Brechneigung zur Folge, was leicht erklärlich ist, wenn man bedenkt, daß es oft einem Gesunden übel wird, wenn er auf leeren Magen Wein oder Kognak mit Ei zu sich nimmt.

Die Wasserbehandlung gehört beim Typhus zu den wertvollsten Heilmitteln, weniger durch die Herabsetzung

Digitized by Google

der Temperatur als dadurch, daß durch dieselbe die Benommenheit geringer wird, der Appetit angeregt und besonders dadurch, daß durch den Reiz der kalten Uebergießung der Kranke reflektorisch zu tiefen Atemzügen angeregt wird, das beste Prophylaktikum gegen das Auftreten von Atelektasen und Bronchopneumonien.

Den Hauptgegenstand der „Bemerkungen usw." bildet die Ernährungsfrage beim Typhus. Während im Auslande sich die Stimmen mehren, welche eine reichlichere Ernährung des Typhuskranken als gefahrlos empfehlen, halten die deutschen Autoren bis in die jüngste Zeit hinein an der bekannten flüssigen Typhusdiät fest. Es ist mehrfach nachgewiesen, daß der Nahrungsbedarf der Typhuskranken ein recht bedeutender ist; daß auf der Höhe des Fiebers bis zu 9 g Stickstoff i. e. 250 g Muskelfleisch täglich zu Verlust gehen. Zweifellos bedeutet diese große Autophagie eine erhebliche Gefahr für den Kranken, sie ist für viele Komplikationen im späteren Verlauf der Krankheit verantwortlich zu machen; nur wenige Kranke vermögen so viel Milch zu sich zu nehmen, wie ihrem Kalorienbedürfnis entspricht. Bei Befürwortung einer festen Diät erhebt sich jedoch die Frage, ob dadurch, wie man im allgemeinen annimmt, die Gefahr der Darmperforation, der Blutung und die der Rezidive nicht erhöht wird. Entscheidung kann nur die Beobachtung am Krankenbett bringen. Theoretische Bedenken jedoch stehen der Verabreichung einer schlackenarmen Diät, wie faserfreiem, geschabtem Fleisch, weichem Gemüse, Kartoffel-, Reisbrei und mürbem Gebäck nicht entgegen. Denn diese Speisen gelangen niemals in Brocken bis an die Stelle der Darmgeschwüre, da sie in den oberen zwei Dritteln des Dünndarms bereits gelöst und zum größten Teil resorbiert worden sind und höchstens als ganz geringfügige Reste in dünnflüssigem Chymus bis an die Bauhin'sche Klappe gelangen.

F. Müller hat in seinen 87 Fällen eine reichliche Nahrung gegeben, welche bestand in 1 bis $1^1/_2$ Liter Milch, weichem Fleisch — entweder als geschabtes Beefsteak, Haschee, Hirn und Bries, dann auch als feingeschnittener Kalbsbraten, Hühnerfleisch und Wild —, Kartoffelbrei (gegen skorbutische Zustände), Mehl-, Reis-, Griesbrei, Spinat, Apfelkompott, Zwieback und trocknem Weißbrot.

Von den 87 Fällen starben 11; kein Todesfall war auf Rechnung der Diätanordnung zu setzen. 13mal wurde Darmblutung beobachtet mit 3 Todesfällen = 21 Proz., während bei Immermann, der nur strengste Diät angewandt hatte, 31 Proz. aller Darmblutungen starben. Müller hatte unter seinen Fällen 8 Rezidive = 9,2 Proz. aller Fälle, von denen keiner starb, während Immermann

Digitized by Google

unter 2796 Fällen 376 mal Rezidive hatte (= 13,4 Proz.) mit 12 Todesfällen = 3,2 Proz. — Es läßt sich also mit Müller wohl behaupten, daß die reichliche Ernährung der Typhuskranken keine Gefahr in sich birgt und daß es erlaubt ist, von dem bisher üblichen Schema der Typhusdiät ohne Furcht abzugehen. Als unzweifelhaften Gewinn dieser Ernährungsweise bezeichnet Müller die Tatsache, daß er jetzt viel seltener jene schweren Inanitionszustände und Komplikationen der Spätzeit gesehen als früher.

Als dritthäufigste Todesursache beim Typhus wurden die Komplikationen von seiten der Lunge genannt. Faulige Zersetzungen im Munde und Rachen geben nicht selten Veranlassung zur Entstehung von Mischinfektionen in den Lungen. Es kommt deshalb der Mundpflege eine große Bedeutung zu und Müller bezeichnet es geradezu als eine Fabel, wenn behauptet wird, daß dem Typhus eine trockene holzige Zunge und fuliginöser Belag auf Zähnen und Lippen als obligate Krankheitserscheinungen zugehören. Es sind dies vielmehr nur Zeichen einer mangelhaften Pflege, die ebenso wie der Dekubitus verhütet werden müssen. Häufige Reinigung der Zähne mit warmem Wasser und Bürste, sowie regelmäßige Verabreichung von Trinkflüssigkeit genügen jedoch nicht, die Mundhöhle vor Austrocknung zu bewahren, wenn die Nasenatmung erschwert ist. Hier empfiehlt es sich, durch mehrmaliges Einblasen von 1 proz. warmer Kochsalzlösung am Tage den Nasenraum von den anhaftenden Borken zu reinigen; ein kleiner warmer Spray wird dabei angenehmer empfunden als der Gebrauch des Nasenkännchens, — Zur Verhütung der komplizierenden Pneumonie wurden neben der schon erwähnten Kaltwasserbehandlung und häufigem Lagewechsel 3 mal am Tage je eine Stunde lang in der Nähe des Kranken feuchte mit Terpentin geschwängerte Dämpfe entwickelt. Und zwar wurde im Prinzip ein einfacher Teekessel mit großer Spirituslampe benutzt, von dem aus ein ca. $^3/_4$ m langes Rohr schräg emporführte; auf das Wasser wurde ein Teelöffel voll Terpentin oder Latschenöl gegossen. Das Rohr endete in einer Entfernung von ca. 40 cm von dem Kranken.

Mit Bezug auf die beim Typhus sehr häufig zu beobachtende Cystitis betont Müller auf Grund eigener Untersuchungen, daß keineswegs alles das, was im Urin als Typhusbazillen angesprochen wird, tatsächlich dazu zu rechnen ist, daß jedenfalls in manchen hierher gehörigen Fällen eine Infektion mit Kolibazillen vorliegt. Urotropin hat sich dagegen vorzüglich bewährt und ist auch prophylaktisch anzuwenden.

Digitized by Google

Endlich erörtert F. Müller noch die Frage der Kontagiosität des Typhus. Ist derselbe früher vielleicht zu gering angeschlagen worden, so scheint man in letzter Zeit in den gegenteiligen Fehler verfallen zu wollen und die Kontagiosität zu überschätzen. Die großen und namentlich die plötzlich ausbrechenden Epidemien sind wohl meistens als Wasserepidemien aufzufassen; doch kann auch durch andere Nahrungsmittel, wie die Milch, die Uebertragung stattfinden. Zweifellos sind ferner die Ansteckungen durch direkte Berührungen mit dem Typhusgift, denen besonders die Pflegerinnen ausgesetzt sind. Eine Isolierung der Kranken ist jedoch — und es ist wichtig, daß dies von einem so erfahrenen Kliniker ausdrücklich betont wird, — nicht unter allen Umständen geboten; bei genügender Reinlichkeit läßt es sich zweifellos vermeiden, daß die Krankheit von einem Patienten auf den anderen übertragen wird. — (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildg.)

Neuere klinische Erfahrungen über Ruhr. Von Dr. Georg Kühnemann, Stabsarzt im Garde-Grenadier-Regiment Nr. 5. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1904, No. 35.) So wenig die Ansichten über die Aetiologie der Ruhr bisher völlig geklärt erscheinen, ebenso verschieden sind auch die Anschauungen betreffs der Behandlungsweise dieser Krankheit. Während sie in früherer Zeit vornehmlich durch antidiarrhoische Mittel, besonders Opiate, bekämpft wurde, ist man neuerdings in das entgegengesetzte Extrem verfallen und reicht fortgesetzt Drastica, so lange „bis die Stühle deutlich fäculent werden". In England und seinen Kolonien hinwiederum hat von jeher die Ipecacuanha (Radix antidysenterica) als ein souveränes Mittel gegen Ruhr gegolten.

Gelegentlich einer ausgedehnten Ruhrepidemie hatte K. Gelegenheit, bei der Behandlung von 135 zumteil sehr schweren Ruhrfällen den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden eingehend zu prüfen und aus dieser Empirie ergab sich für ihn in erster Linie die therapeutische Richtschnur, deren Erfolg ihre Zweckmäßigkeit zu beweisen scheint. Aber auch rein theoretische Erwägungen genügen, von einer jener beiden extremen Behandlungsweisen abzusehen. Weder kann es als zweckmäßig betrachtet werden, im Beginn der Krankheit die Entleerung des Darminhalts durch Verminderung der Peristaltik zu erschweren und dadurch eine erhöhte Resorption von Toxinen herbeizuführen, noch erscheint es rationell, im weiteren Verlauf durch fortgesetzte Darreichung von Abführmitteln und Hand in Hand damit gehende Reizung der Darmschleimhaut die Heilung der Dickdarmgeschwüre günstig beeinflussen zu wollen. Wenn trotzdem eine dieser beiden Behandlungsweisen zu befriedigen-

Digitized by Google

dem Abſchluß führt, ſo beweist dies weiter nichts als die große Widerſtandsfähigkeit ſelbſt kranker Organe gegen ſchädigende Einflüsse.

Folgende Behandlungsmethode der akuten Ruhr hat ſich K. als zweckmäßig bewährt: In den ersten beiden Krankheitstagen erhalten die Patienten täglich dreimal einen Eßlöffel Ricinusöl. In der Regel nehmen hiernach die vorher ſchon ausgesprochen ruhrartigen Stühle an Zahl beträchtlich zu. Zeigen ſich trotzdem am dritten Tage oder ſpäter fäculente Beimengungen, ſo wird mit der Ricinusbehandlung ſo lange fortgefahren, bis dieſelben verſchwunden ſind, was mit ziemlicher Sicherheit am dritten oder vierten Tage zu erwarten iſt. Sollte ſich durch die Untersuchung noch weiterhin das Vorhandenſein von Kotballen im Darmkanal ergeben, ſo iſt erforderlich, auch dieſe zu entfernen. Falls eine unüberwindliche Abneigung gegen Ricinusöl beſteht, muß letzteres entweder in Kapſeln bezw. als Emulſion gereicht oder Calomel 0,2 g dreimal täglich oder Rhabarber gegeben werden. Nunmehr, d. h. nach mindeſtens zweitägiger Behandlung mit draſtiſchen Mitteln, wird eine 12—24ſtündige Pauſe gemacht, ehe das zweite Stadium der Behandlung mit antidiarrhoiſchen, ſtyptiſchen oder einhüllenden Mitteln beginnt.

Die ſtyptiſche Therapie verfolgt einen doppelten Zweck, nämlich erſtlich die Ruhigſtellung des von Kot vollkommen geſäuberten Darmtraktus als erſte Grundlage für den Heilungsvorgang der Darmgeſchwüre, und zweitens eine Einſchränkung des durch die profuſen Darmentleerungen bedingten enormen Säfte- und Eiweißverluſtes des Körpers. Gerade auf die Bekämpfung dieſes letzteren, die Ruhrkranken ſo ſehr gefährdenden Vorgangs legt K. den größten Wert. Im Gegenſatz zum Unterleibstyphus tritt bei der Ruhr die Toxinwirkung gegenüber den Säfteverluſten ſehr in den Hintergrund. In allen ſchweren Fällen, beſonders bei Greiſen und Kindern iſt der Säfteverluſt jedenfalls ſehr bedenklich. Schon mit Rückſicht darauf, daß die Nahrungsaufnahme bei Ruhrkranken überhaupt eine ſehr geringe iſt, der Appetit vollkommen darniederliegt und die Verdauung und Ausnutzung der Nährſtoffe ſchwer geſchädigt iſt, eignet ſich das Ricinusöl nicht zu fortgeſetztem Gebrauch, da es bekanntlich ſchon bei Geſunden als ölige Subſtanz den Appetit ſtark verringert und Verdauungsbeſchwerden macht. Noch mehr trifft dies für das Calomel zu, bei dem noch die Gefahr der Queckſilbervergiftung hinzutritt. Am zweckmäßigſten erweiſt ſich für die weitere Behandlung das Tannigen (dreimal täglich 1 g) als ein mildes adſtringierendes Mittel, welches den Magen gar nicht beläſtigt und Appetit und Nahrungsaufnahme nicht beeinträchtigt. Auch Tannin in Tabletten zu 0,06 g dreiſtündlich mehrere Tage hindurch gegeben,

Digitized by Google

zeigt sich sehr wirksam zur Bekämpfung der profusen Diarrhöen, zugleich als Stypticum bei reichlicher Blutbeimengung. Von ausgiebigerer Verwendung der Opiate ist im allgemeinen Abstand zu nehmen, da sie, längere Zeit hindurch verabfolgt, leicht Meteorismus erzeugen und die Herzkraft nicht günstig beeinflussen. Trotzdem möchte K. die Opiumtinktur keineswegs gänzlich bei der Ruhrbehandlung verbannt wissen. Wo es darauf ankommt, die Heftigkeit der Durchfälle unbedingt zu bekämpfen, bewährt sie sich als ein unschätzbares und unentbehrliches Mittel. Man tut alsdann gut, sie nur wenige Male und dann in größeren Dosen (1,0—1,25 g) zu geben, wenn man die angestrebte Wirkung erzielen will. Von sonstigen für die spätere Behandlung sehr geeigneten Mitteln nennt K. noch das Bismut. subnitric. (3—4 mal täglich 1 g), welches sich besonders für den Uebergang in die Rekonvalescenz oder bei gleichzeitigen Magenaffektionen zur Verwendung eignet; ferner die Mucilago Salep als vortreffliches einhüllendes, reizmilderndes und zugleich nährendes Mittel. Mag man nun, je nach der Individualität des Falles, sich für die eine oder andere dieser Verordnungen entschließen, stets wird man finden, daß mit Nachlaß der heftigen Darmerscheinungen, mit Aufhören des hochgradigen Säfteverlustes, des quälenden Stuhlzwanges, der Kolikschmerzen, der Druckempfindlichkeit des Leibes, sich der Ernährungszustand rasch bessert, die welke, faltige Haut ihre Turgescenz wiedererlangt, die Nervendepression nachläßt und die Herzkraft sich hebt.

In denjenigen schweren Fällen, wo bei hochgradigem Schwund des Fett- und Muskelgewebes sich das Sinken der Herzkraft durch fadenförmigen Puls und zunehmende Cyanose ankündigt, muß als einziges vortrefflich wirkendes Mittel die subkutane Kochsalzinfusion angewendet werden. K. hat dieselbe stets so ausgeführt, daß er mittels des Sahlischen Apparates in jede Unterschlüsselbeingrube etwa 400 ccm Flüssigkeit unter die Haut injicierte.

Treten schwerere Magenerscheinungen, anhaltendes Erbrechen, quälender Singultus hinzu, so gibt man die zugeführte flüssige Nahrung (Haferschleim, Milch) in gekühltem Zustande, vereinzelt auch Eispillen. Als ein gutes Mittel gegen hartnäckiges Erbrechen bewährt sich die Jod-Jodkalilösung (Tct. jodi 0,3, Kal. jodat. 5,0, Aq. dest. 120,0, dreimal täglich 1 Eßlöffel).

Von sonstigen therapeutischen Maßnahmen erwähnt er noch: Anwendung von Cocainzäpfchen gegen Tenesmus und subcutane Morphiuminjectionen bei heftigen Koliken und unstillbarem Singultus. Bei jedem Ruhrkranken ist auf dauernde Warmhaltung des Leibes ein besonderer Wert zu legen. Am zweckmäßigsten geschieht dies durch Leibbinden

Digitized by Google

oder durch Leibwärmer aus Zinkblech mit Wasserfüllung. Darmeingießungen hält er im allgemeinen für schädlich. Als einzige Indication für Darmeingießungen gilt W. das Auftreten rein blutiger Stühle infolge von Arrosion der Gefäßwandungen. In diesen Fällen setzt er der etwa 300 cm betragenden Flüssigkeit Plumb. acet. 0,1 oder Liqu. ferri sesquichlorat. 2,0—3,0 g hinzu; in der Regel ist der Erfolg dieser hämatostyptischen Eingießungen ein guter.

Bei dieser Behandlungsmethode, mit der selbstverständlich eine sorgfältige Auswahl und Ueberwachung der Diät verbunden werden muß, beträgt die Mortalität nicht ganz 1,5 pCt., während sie in derselben Epidemie bei consequenter Ricinusbehandlung 3,6 pCt. erreicht und bei anderen Epidemien auf die Durchschnittsziffer von 4,7 pCt. steigt.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber seltene Luxationen. Seitdem wir die Röntgenstrahlen unserer Diagnostik dienstbar gemacht haben, beurteilen wir manche Erkrankungen und Verletzungen der Knochen und Gelenke anders als vorher. So glaubte man z. B. früher nicht an das Vorkommen von Handgelenkluxationen, und Dupuytren sprach seine feste Ueberzeugung dahin aus: „Es gibt keine traumatische Luxation des Handgelenkes". Heute denken wir anders über diesen Punkt. Wir wissen, daß die Luxation eine, wenn auch sehr seltene, so doch nicht unmögliche Verletzung des Handgelenkes ist. Nach Lossen entfallen auf alle Luxationen nur 0,02 Proz. Handgelenkluxationen und Platt gibt an, daß er unter 700 Luxationen und Frakturen keine einzige Luxation der Hand gesehen hat. Indessen sind doch in der Litteratur etwa 50 sicher beobachtete Fälle veröffentlicht worden. In einer interessanten kürzlich erschienenen Arbeit beschreibt Berdach einen von ihm behandelten Fall typischer Handgelenkluxation und geht näher auf diese Verletzung ein. Seiner Ansicht nach sind die Bedingungen für das Zustandekommen einer Ausrenkung im Handgelenk außerordentlich günstige, da einerseits die Articulatio radiocarpalis eine sehr große Exkursionsfähigkeit besitzt und andererseits der luxierenden Kraft lange Hebelarme zur Verfügung stehen. Die Seltenheit der diesbezüglichen Veröffentlichungen kann man sich vielleicht auch damit erklären, daß manchmal die Luxation des Gelenkes mit der typischen Radiusfraktur verwechselt worden ist, ein Irrtum, dem dadurch leicht Vorschub geleistet wurde, daß man früher an das Vorkommen der Ausrenkung überhaupt

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 9 XLIV. Jahrgang. 25. Sept. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber die diagnostische Bedeutung und Bekämpfung des Rückenschmerzes; Originalartikel von Dr. Fritz Bachmann zu Wilhelmshöhe. — Ueber das Thiosinamin. Ueber die Wirkung des Dionins in Verbindung mit Morphium. Chloroform als Gegenmittel bei Einatmung nitroser Dämpfe. — Die Zuckerkrankheit. Ueber den plötzlichen Tod Herzkranker im Schlafe. Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. — Erfahrungen mit Lokalanästhesie durch Eukain und Eukain-Adrenalin. Die Behandlung der trocknen und verstopften Nase. — Ueber den Wert der Gummihandschuhe bei manueller Placentarlösung. Die Behandlung der Cholera infantum mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik. Die Behandlung der Gelenktuberkulosen im Kindesalter. Ueber das Megalerythema epidemicum.

Ueber die diagnostische Bedeutung und Bekämpfung des Rückenschmerzes.

Originalartikel von Dr. Fritz Bachmann zu Wilhelmshöhe.

Sehr häufig kommen zu dem praktischen Arzt Patienten mit Klagen über heftige Rückenschmerzen. Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, diesen Klagen auf den Grund zu gehen und will im folgenden meine Erfahrungen über diesen Gegenstand unter Zugrundelegung der einschlägigen Literatur und besonderer Berücksichtigung der rein „functionellen" Rückenschmerzhaftigkeit mitteilen. Ich schicke voraus, daß mein Aufsatz weniger Neues bringen, als im wesentlichen Altbekanntes vom differentialdiagnostischen Gesichtspunkt aus zusammenstellen soll.

Wir finden den Rückenschmerz[1]) als gewöhnliches Begleitsymptom bei entzündlichen Processen der Rückenmarkshäute, nicht selten auch bei akuten und chronischen Erkrankungen des Rückenmarks, bei arthritis deformans der Wirbelsäule, Tuberculose, Carcinom der Wirbel, spinaler Meningitis, ab und zu bei tabes und myelitis. Die Begleiterscheinungen des Rückenschmerzes bei den genannten Erkrankun-

[1]) cf. Seiffer, Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten, J. F. Lehmann, München 1902.

Digitized by Google

gen, besonders Fieber, Difformitäten der Wirbelsäule, das Bestehen von Kachexien, tuberkulösen Herden, motorischen und sensiblen, besonders auch ataktischen Störungen werden bald den organischen Kern der Erkrankung erkennen lassen. Ich will der Vollständigkeit halber an dieser Stelle auch der sogenannten Kümmelschen Krankheit Erwähnung tun, die im Anschluß an Verletzungen der Wirbelsäule entsteht. Es bildet sich bei ihr unter ganz allmählich zunehmenden Schmerzen ein leichter gibbus (spondylitis traumatica). Hier wird in fast allen Fällen das trauma ersichtlich oder anamnestisch zu eruiren sein.

Heftiger Schmerz zwischen den Schulterblättern, ausstrahlend für gewöhnlich in die linke Schulter und den linken Arm, findet sich bei angina pectoris. Der plötzliche Auftritt der Erkrankung, die Angstgefühle, eventuelle Irregularitäten des Pulses, der Nachweis der Arteriosclerose, etwa auftretendes Asthma, das schnelle Schwinden der beängstigenden Symptome (eine Minute bis mehrere Stunden) sichern in den meisten Fällen die Diagnose. Bei dieser Gelegenheit gedenke ich auch der von G. v. Voß [1]) beschriebenen Pseudostenocardia rheumatica: Akuter Beginn, Schmerzen im Rücken, tief in die Brust hinein, nach beiden Armen hin, Puls und Atmung ohne Besonderheiten, außerordentliche Empfindlichkeit der Rückenmusculatur, bes. zwischen den Schulterblättern (Rhomboidei, serrati, intercostales), evidenter Effect der Massage der betroffenen Musculatur. Hierhin gehört auch der lumbago. Beim aneurysma des arcus aortae und der aorta descendens, das heftige Schmerzen zwischen den Schulterblättern verursachen kann, wird die anfallsweise auftretende oder beständig vorhandene Dyspnoë, eine genaue Untersuchung des Herzens und der großen Gefäße unter Benutzung der skiagraphischen Methode in den meisten Fällen die Diagnose sicher stellen.

Eine Domäne für Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule bilden manche Erkrankungen im Genitaltractus der Frau z. B. Lageveränderungen, Metritiden, Geschwulstbildungen. Es wird sich durch die gynäkologische Untersuchung die Ursache der Schmerzhaftigkeit feststellen lassen.

Es mag sich noch bei mancher Erkrankung organischen Ursprungs — ich will nur die Phthise und Oesophagitis nennen — vorübergehend oder dauernd das Symptom des Rückenschmerzes finden; doch wird die Deutung dieses Symptoms bei sorgfältiger Untersuchung kaum Schwierigkeiten machen.

Ich komme nun auf mein eigentliches Thema, die „funktionelle" Schmerzhaftigkeit im Rücken zu sprechen.

[1]) Deutsche medicin. Wochenschrift No. 40, 1903.

Digitized by Google

Moebius[1]) sagt mit Bezug darauf: „Der Rückenschmerz ist überaus häufig bei den sogenannten funktionellen Neurosen. Für diesen Schmerz ist im Gegensatz zu dem bei organischen Nervenerkrankungen kennzeichnend, daß die Beweglichkeit der Wirbelsäule ganz oder fast frei ist, während bei Druck oder auch spontan sich eine Hyperästhesie der Wirbelsäule findet, so stark, wie sie bei organischen Erkrankungen nie beobachtet wird. Zuweilen fehlt der spontane Schmerz ganz, untersucht man aber die Wirbelsäule, so schreit der Kranke bei Berührung einzelner Wirbel, wird bleich, droht ohnmächtig zu werden oder entzieht sich durch stürmische Bewegungen dem Untersucher. In anderen Fällen wird fortwährend über Rückenschmerz geklagt von Personen, die den Druck der Kleider, die Rückenlage nicht ertragen. Zufälliges Anlehnen ruft dieselben Erscheinungen hervor wie absichtlicher Druck. Gelegentlich erregt schon ein leiser Druck heftigen Schmerz, während tiefer Druck, soweit die Aufmerksamkeit anderweitig festgehalten ist, ohne Wirkung bleibt. Aus diesem Verhalten darf man nicht ohne weiteres auf Simulation schließen. Am häufigsten ist der zwischen den Schulterblättern gelegene Abschnitt der Wirbelsäule schmerzhaft. Der Charakter des Schmerzes, das Fehlen aller Zeichen organischer Läsion, die Anwesenheit anderer neurasthenischer oder hysterischer Symptome machen die Diagnose leicht. Bildet der Rückenschmerz das Hauptsymptom, so spricht man wohl von „Spinalirritation". Meist handelt es sich dann um jugendliche weibliche Kranke, die als Neurasthenische mit hysterischer Färbung bezeichnet werden können. Auch bei der sogenannten traumatischen Neurose tritt neben den anderen hysterischen Symptome der Rückenschmerz in den Vordergrund."

Anämische, schlecht genährte Frauen und solche, die viele Entbindungen durchgemacht haben, klagen fast constant über Rücken- und Kreuzschmerzen, ebenso, wie die Rückenschmerzhaftigkeit außerordentlich häufig ist im Beginn der Menstruationsperiode (Menarche), während des Menstruation und besonders im Climacterium. Windscheid[2]) sagt darüber: „Neben dauernd vorhandenen schmerzhaften Sensationen, besonders in den Beinen, sind der Rücken, die Wirbelsäule und hauptsächlich das Kreuz der Sitz unaufhörlicher Schmerzen. Am Rücken besteht vorwiegend ein diffuser Schmerz, an der Wirbelsäule handelt es sich meist um einzelne Wirbel, deren Dornfortsätze dann auch auf Druck sehr empfindlich sind. Die Kreuzschmerzen können so sehr im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, daß sie allein die Frauen zum Arzt führen. Der Kreuzschmerz bleibt sich

[1]) Diagnostik der Nervenkrankheiten, F. C. W. Vogel, Leipzig 1894.
[2]) Neuropathologie und Gynäkologie, S. Karger, Berlin 1897.

Digitized by Google

in allen Lagen des Körpers gleich, sehr oft strahlt er in die Beine aus. Börner weist darauf hin, daß die Schmerzen im Rücken und Kreuz oft durch übermäßige Ausdehnung der Bauchwandungen infolge von Fettansammlung bedingt sein können.

Als „nervöse Kreuzschmerzen" bezeichnet endlich Ebstein[1]) die im Verlauf der Influenza auftretenden. Ich führe sie deshalb bei Gelegenheit der Besprechung der functionellen Schmerzhaftigkeit im Rücken an.

Ueber die Genese, das Zustandekommen des „functionellen Rückenschmerzes" findet sich in der Literatur wenig. Am plausibelsten erscheint mir die Erklärung Wiederhold's.[2])

Innerhalb und außerhalb des Spinalcanals umspinnt ein reiches Venengeflecht die medulla spinalis und die aus dem Spinalkanale austretenden Nerven. Mit der aus den verschiedensten Ursachen erzeugten Ueberfüllung der Venenplexus tritt in dem beengten Spinalraum die Druckerscheinung auf, und zwar zumeist in der Gegend der Cervical- und Lumbalanschwellung. Hier, wo das Lumen des Spinalcanals schon etwas verengt sein mag durch den stärkeren Umfang der medulla spinalis, zeigt sich dann die Erscheinung am deutlichsten und manifestiert sich durch hoch- oder mindergradige Schmerzhaftigkeit der betreffenden Wirbelpartien.

Ueber die Therapie des funktionellen Rückenschmerzes spricht recht ausführlich Determann.[3]) Ich benutze seine Ausführungen und füge hinzu, was sich mir außerdem noch als zweckdienlich herausgestellt hat.

Eines der ersten Hilfsmittel zur Beseitigung schmerzhafter und unangenehmer Empfindungen im Rücken ist der galvanische Strom. Bei ganz schwacher Stromstärke ($^1/_8$—$^1/_4$ MA) läßt man, die Anode auf den schmerzhaften Stellen der Wirbelsäule, die Kathode auf der Magengegend, den Strom mit Hilfe des Rheostaten langsam einschleichen, 1—$1^1/_2$ Minuten passieren, danach langsam ausschleichen, wieder unter Benutzung des Rheostaten. Derartige Sitzungen werden täglich einmal in Anwendung gebracht. Die schmerzhaften Stellen werden dabei nacheinander vorgenommen. Der Umstand, daß Wärme am Rücken von Patienten mit derartiger Schmerzhaftigkeit nicht gut vertragen wird, hat zur Verwendung des Chapman'schen Rückenschlauchs geführt. Durch einen Gummischlauch fließt dauernd kaltes Wasser (20°—0° C). Er wird am besten nachmittags dem Patienten als trockene Kühlung appliziert und bewirkt durch

[1]) Münch. med. Wochenschr. 1903.

[2]) Nervenschwäche, ihr Wesen und ihre Behandlung, J. F. Bergmann, Wiesbaden 1895.

[3]) Handbuch der physikalischen Therapie, 1902.

Digitized by Google

$^1/_2$—1—$1^1/_2$ Stunden angewandt, meist eine erhebliche Verminderung der Schmerzen. Oft wird auch feuchte Kälte in Form flüchtiger Rückenwaschungen von ca. 25—17° C. oder von kalten Umschlägen symptomatisch sehr gut. Allerdings kommen auch Fälle vor, in denen sich Wärme als nutzbringend erweist. Zu dem Zweck sind besonders die warmen Rückendouchen (Regen, geringer Druck, 2—4 Minuten) anzuwenden, ebenso wie Wärmeschlangen, warme Waschungen und Thermophor.

Hat man ein Zanderinstitut zur Verfügung, so kann man bei spontaner Schmerzhaftigkeit im Rücken mit gutem Erfolg auch den Klopfapparat (G_1) und die Rückenrolle (J_5) in Anwendung bringen. Einen Ersatz würde eine milde Massage (manuell) nebst vorsichtigem Tapottement bieten. Auch habe ich gefunden, daß in diesen Fällen sehr häufig — ganz besonders gilt dies für die Kreuzschmerzen bei Influenza — das Unterlegen einer ca. 80 cm. im Durchmesser messenden, festen Roßhaarrolle in der Kreuzgegend, vielleicht durch Behebung der Stauung im Bereich der Wirbelsäule günstig auf die Schmerzhaftigkeit einwirkt. Jedenfalls wird der Druck der Rolle fast immer angenehm empfunden.

Daß neben der physikalischen Therapie bei der Bekämpfung des Rückenschmerzes auch die medikamentöse und diätetische Therapie (Eisen, Nährpräparate, roborierende Kost u. a) zu beachten, die ganze Lebensweise des Patienten eventuell zu regeln ist, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Meine Ausführungen sollen dazu beitragen, daß dem außerordentlich quälenden Symptom des Rückenschmerzes zum Vorteil unserer Kranken mehr Beachtung geschenkt wird.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber das Thiosinamin. Sehr bemerkenswerte und einen weiten therapeutischen Ausblick eröffnende Mitteilungen sind in der letzten Zeit über das Thiosinamin-Merck gemacht worden. Als Thiosinamin bezeichnet man den Allylthioharnstoff, $NH(C_3H_5) \cdot CS \cdot NH_2$, einen bei 74° C. schmelzenden, schwach knoblauchartig riechenden, farblose Krystalle bildenden Körper, der in Wasser wenig, in Alkohol und Aether sehr leicht löslich ist. Der therapeutische Wert des Thiosinamins beruht nach übereinstimmendem Urteile der meisten Autoren auf seiner spezifischen erweichenden Wirkung, die es auf alle narbigen Zustände der äusseren Haut und des inneren Körpers ausübt, ohne Unterschied des der Bildung des Narbengewebes vorausgegangenen pathologischen Prozesses und des seitdem verstrichenen Zeitrau-

Digitized by Google

mes. Nach Lewandowsky war die Thiosinaminbehandlung noch bei Narben, deren Ursprung 30 Jahre zurücklag, von Erfolg begleitet. Wenn auch die Umgestaltung der Narben nicht in allen Fällen eine vollständige Heilung herbeiführt, so ist sie doch insofern wertvoll, als sie den Weg für weitere therapeutische Massnahmen ebnet. — Die Wirkung des Thiosinamins äussert sich weiterhin in folgenden bemerkenswerten Erscheinungen: Steigerung der Diurese, wesentliches Nachlassen der Nachtschweisse, Besserung des Allgemeinbefindens. Aufhellung veralteter Kornealtrübungen und beschleunigte Resorption der Exsudate in den Geweben. Schädliche Nebenwirkungen sind nicht zu befürchten, meist ist sogar ein allgemein tonischer Effekt zu verzeichnen. Die Einführung des Thiosinamins in den Arzneischatz erfolgte auf Grund der durch v. Hebra gemachten und gelegentlich des II. internatialen dermatologischen Kongresses bekannt gegebenen Beobachtung, dass dasselbe bei Lupus eine lokale Reaktion an den erkrankten Partien ohne Mitbeteiligung des Gesamtorganismus hervorrief und infolge von Lupus und Aetzungen entstandenes Narbengewebe vollständig erweichte, so dass sich z. B. Ektropien zurückbilden konnten. Drüsentumoren sah man nach Thiosinaminanwendung sich verkleinern und schwinden. Die narbenlösende Wirkung des Präparates bestätigen Hanc, der dasselbe auch bei Harnröhrenstrikturen verwandte, und ferner Latzko und Kalinczuk, die bei verschiedenen chronischen entzündlichen Prozessen der weiblichen Genitalien, z. B. chronischen parametralen Exsudaten, gute Erfolge zu verzeichnen hatten.

Unna hält das Thiosinamin für ein sehr brauchbares, die besten früheren Mittel an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung übertreffendes Präparat zur Beseitigung von fibrösen Tumoren, Keloiden infolge von Aetzungen und Schnittwunden, fibrösen Strängen auf dem Boden von Varicen, Lepromen, Syphilomen und Lupus. Selbst bei Pockennarben konnte er merkliche Besserung erzielen.

Juliusberg benutzte das Thiosinamin mit Erfolg bei Skleroderma, ebenso Lewandowsky, der auf Grund eingehender Untersuchungen über die therapeutische Verwertbarkeit des Medikamentes für dessen Verwendung bei allen äusseren und inneren Narben, bei Lupus, Karzinom, Verbrennungen, Adhäsionen, Verklebungen, Verwachsungen innerer Organe untereinander und mit serösen Häuten, Keloiden eintritt.

Nach demselben Autor dient das Thiosinamin auch als präparatorisches Mittel vor Operationen, die wegen gefährlicher Verwachsungen Schwierigkeiten machen, oder zur postoperativen Behandlung bei durch Narben bedingten Beschwerden. Bei Rhinosklerom und schwerer tertiärer Lues hat Glas durch Thiosinamin und gleichzeitige mechanische

Digitized by Google

Dilatation Erleichterung der Bougierung bezw. Tubagierung erzielt.

Friedländer hatte gute Erfolge bei pleuritiſchen Schwarten und empfiehlt die Behandlung peritonitiſcher Adhäsionen als aussichtsvoll. Nach Roos ist das Mittel auch bei Herzfehlern narbiger Natur ohne Gefahr und mit Aussicht auf Besserung zu verwenden; jedenfalls konnte er in allen derartigen Fällen eine Besserung des subjektiven Befindens konstatieren. In neuerer Zeit berichtete Hartz über einen mit Thiosinamin erfolgreich behandelten Fall von Pylorusstenose. Desgleichen sind die Mitteilungen von Lengemann von Interesse, der drei Fälle von Dupuytrenſcher Kontraktur durch Thiosinaminbehandlung und gleichzeitige Massage heilte. Ebensogut war das Resultat bei einer durch Vernarbung nach einer Verletzung entstandenen Fingerverkrümmung.

In der Ohrenheilkunde hat man die aufhellende Wirkung des Thiosinamins bei Schwerhörigkeit und Taubheit infolge narbiger Veränderungen im inneren Ohr oder nach Mittelohrkatarrh, sowie bei Ankylosen der Gehörknöchelchen infolge narbiger oder fibröser Verwachsungen mit Erfolg verwertet. Die Augenheilkunde machte sich die gleiche Wirkung zur Aufhellung kornealer Trübungen und zur Behandlung von Hornhautflecken, Katarakt, iritiſchen Verwachsungen, sowie der Chorioiditis disseminata exsudativa zunutze.

Lewandowsky hat in einem Falle von vorderer Synechie der Iris des linken Auges die Homatropineinträufelungen mit Thiosinamininjektionen mit sichtbarem Erfolg kombiniert und hält es für wahrſcheinlich, daß die spezifiſche Narben erweichende und quellende Wirkung der letzteren erst den Boden für die Homatropinwirkung geeignet und so das Homatropin noch in Fällen verwendbar macht, in denen seine dehnende Kraft wegen des Alters und der Zähigkeit der Narben und Verwachsungen sonst versagt. — Liegen entzündliche Prozesse oder die Möglichkeit vor, daß erst kurz abgelaufene Entzündungen wieder zur Entflammung kommen können, so soll das Thiosinamin nicht oder doch nur mit großer Vorsicht Verwendung finden.

Die gebräuchlichste Anwendungsweise des Thiosinamins ist die ſchon v. Hebra empfohlene subkutane Einverleibung 15- bis 20proz. alkoholiſcher Lösungen, die nach Lewandowsky nur an der Injektionsstelle ein leichtes, ſchnell vorübergehendes Brennen verursachen soll. Andere Autoren bezeichnen die subkutane Applikation der spirituösen Flüssigkeit als sehr ſchmerzhaft und benutzen wässerige 10proz. Lösungen mit Zusatz von 20 Proz. Glyzerin. Die letzteren müssen immer vor dem Gebrauche erwärmt werden, da sich das Thiosinamin beim Stehen wieder ausſcheidet. Die In-

Digitized by Google

jektionen können an jeder beliebigen Stelle des Körpers vorgenommen werden, vornehmlich eignet sich dazu der Rücken zwiſchen den Schulterblättern. Man beginnt am besten mit kleineren Dosen, etwa $^1/_3$—$^1/_2$ Pravazspritze, um bei 2—4 Injektionen pro Woche ſchnell auf eine ganze Spritze zu steigen. Sucker hält die interne Darreichung für ebenso wirksam. Er läßt Dosen von 0,03 g, in Spiritus gelöst, in Gelatinekapseln zunächst einmal am Tage nehmen und steigert die Tagesdosis allmählich bis auf das Sechsfache. — Das Thiosinamin kann auch in Form von Klysmen und Salben verwendet werden. Sehr befriedigende Erfahrungen hat Unna bei Benutzung von Seifen (0,5—1,0—2,0 Thiosinamin: 10,0 Sapo) und Pflastermullen (10—20—30 g Thiosinamin pro Meter enthaltend) gemacht.

Ueber die Wirkung des Dionins in Verbindung mit Morphium. Dr. A. Rahn, Collm bei Oschatz in Sachsen, verwendet das Dionin Merck sowohl in Verbindung mit Morphium als auch allein. Was die Verbindung des Dionin mit Morphium betrifft, so handelt es sich hier um die Unterstützung der ſchlafmachenden und hustenreizmildernden Wirkung des Morphiums. Die ſchlafmachende Wirkung wird beim Morphium durch eine nebenher erregende Wirkung oft geſchmälert oder gar annullirt. Giebt man aber Dionin vor dem Morphium, so bereitet man gewissermaßen auf die Morphiumgabe vor, und diese letztere kann nun eine geringe sein und braucht nur per os gegeben zu werden, und doch hat man nach der selbst kleinen Morphiumgabe eine ſchlafmachende Wirkung fast sicher zu erwarten. Man giebt nach R. das Dionin 2mal vor dem Morphium, und zwar 3 stündlich, d. i. 6 bezw. 3 Stunden vorher, jedesmal 2—3 cg als Pulver. Dieses löst man in einem halben Glas lauen Wassers auf und läßt in langsamen Zügen diese Lösung mittels Strohhalms oder mittels einer gebogenen Glasröhre einſchlürfen, genau so, wie man den Schlummerpunſch oder die eiskalten Getränke einſchlürft. Von den Alkoholicis weiß man es ſchon, wie bedeutend deren Wirkungen gesteigert werden, sobald man sie in langen Zügen und durch das Röhrchen ſchlürft. Ebenso bei den sedativen und ſchlafmachenden Medicamenten. Die Wirkung des Dionins und Morphiums wird durch die Strohhalmmethode ganz wesentlich gesteigert und beſchleunigt. Nach den beiden Dioningaben giebt man das Morphium und zwar nur wenig davon, d. i. $^1/_2$—$^3/_4$ cg in Wasser gelöst und mittels Strohhalms zu ſchlürfen. Zweitens unterstützt das Dionin die hustenreizmildernde Wirkung des Morphiums, und zwar bei Bronchitis, insbesondere bei beginnender Tuberculose, ferner bei Emphysem und bei Hämoptoë. Auch hier

Digitized by Google

kann die Morphiumgabe klein ausfallen, auch hier kann die Spritze entbehrt werden, sofern man nur darauf hält, das Dionin recht häufig außerdem zu geben. R. gab Morphium 3mal am Tage, und zwar blos 3—4 mg jedesmal, d. i. 6—8 Tropfen einer 1 proc. Lösung. Aber dazu eben Dionin, und zwar sogar 6 mal, aber nur in kleinen Einzeldosen ($1^1/_2$—2 cg in Pulver) und dies wiederum in Wasser gelöst und dann geschlürft.

Auch für sich allein gegeben wirkt das Dionin sehr günstig. R. giebt folgende Indicationen an:

1. Bei trockenem Reizhusten, bei nervös-asthmatischen oder herzasthmatischen Reizzuständen, bei Erschöpfung, namentlich solcher sportlicher Art, wie durch Radfahren, Bergsteigen. Hier genügt das Dionin für sich allein und zwar einfach in Pastillen von 2—3 cg verabreicht, und zwar alle 2—3 Stunden.

2. Bei neurasthenischen Erregungs- wie Depressionszuständen. Zu empfehlen sind wieder häufig Einzelgaben, die in Wasser gelöst und im Sinne der Strohhalmmethode langsam geschlürft werden.

3. Bei nervösen und atonischen Magen- und Darmstörungen. Auch die Blasenreizbarkeit nach Erkältung, die Schmerzen bei der Blasenentzündung bekämpft man vorteilhaft mit Dionin, und zwar in diesem Falle in hohen Einzelgaben. Zwei- bis dreimal am Tage Pastillen von 3—4—5 cg Dionin.

4. Bei kachectischen Krebskranken. Sie werden durch Dionin in einen Zustand von Euphorie versetzt und die Schmerzen kommen fast durchgänig zum Verschwinden.

5. Bei Frauenleiden nervöser und entzündlicher Art, insbesondere bei Adnexerkrankungen hat er das Dionin ebenfalls vorteilhaft verwendet.

6. In der Kinderpraxis als Sedativum. (Therap. Monatshefte Mai 1904.)

Chloroform als Gegenmittel nach Einatmung nitroser Dämpfe. In Betrieben, in welchen die Arbeiter mit Salpetersäure, bezw. nitrierten Substanzen, wie Dynamit, Schießbaumwolle etc. umgehen, hat man die Beobachtung gemacht, daß durch die Einatmung nitroser Dämpfe die Arbeiter unmittelbar nach dem Einatmen sich vollkommen wohl fühlen, bald nachher aber plötzlich von tötlichen Krämpfen befallen wnrden können. Erich Weiskopf, Mitglied der chemischen und metallurgischen Gesellschaft von Johannesburg (Transvaal), hat nach der „Concordia", Zeitschrift der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen gefunden, daß das Chloroform ein gutes und zugleich wohlfeiles Gegenmittel ist. Die Direktion der Rheinisch-Westfä-

Digitized by Google

lischen Sprengstoff-Aktiengesellschaft in Troisdorf bei Köln, deren Direktor Dr. Seyfferth sich sogleich mit der Frage beschäftigte, hat daraufhin den Arbeitern durch Aushang folgende Unfallverhütungsvorschrift bekannt gegeben.

Nach Einatmen nitroser Dämpfe kann sich ein Mann vollkommen wohl fühlen, später aber plötzlich von tötlichen Krämpfen befallen werden.

Es wird daher hiermit folgende Unfallverhütungsvorschrift erlassen, und die Beamten und Arbeiter zur strengsten Befolgung derselben angewiesen:

Hat jemand bei erfolgten Betriebsstörungen, Zerbrechen einer Salpetersäureflasche u. s. w. nitrose Dämpfe eingeatmet, so muß der Vorarbeiter, bezw. der Abteilungsmeister oder der die Aufsicht führende Betriebsbeamte Sorge tragen, daß dem, welcher die Dämpfe eingeatmet hat, aus einem Tropfgläschen 3—5 Tropfen Chloroform, in ein Glas mit Wasser eingegossen, alle zehn Minuten verabreicht werden, da sich dieses Getränk als vorzügliches Gegenmittel bewährt hat.

Zu diesem Zwecke befinden sich im Nitrierhause unter einer Glasglocke ein Trinkgefäß und drei Tropfgläschen aus dunklem Glase; jedes Tropfgläschen enthält 0,5 g Chloroform.

Bei vorkommenden Unfällen ist mit dem Tropfgläschen No. 1 zu beginnen und der Direktion von dem Unfalle sogleich Mitteilung zu machen.

Nach der Pharmakopöe ist die größte Einzelgabe von Chloroform 0,5 g, also der Inhalt eines Tropfgläschens, die größte Tagesgabe 1,5 g, also der Inhalt dreier Tropfgläschen zusammen. Drei Tropfen Chleroform wiegen nur $^{45}/_{1000}$ g, 5 Tropfen $^{78}/_{1000}$ g.

Die obige Vorschrift der Verabfolgung muß strengstens innegehalten werden; jeder Mißbrauch mit dem Chloroform wird bestraft und zur polizeilichen Anzeige gebracht.

Es wird noch bemerkt, daß jedes Tropfgläschen plombiert ist und daß die Plombe vor Gebrauch des Chloroforms durch Zerschneiden entfernt werden muß.

II. Medicin.

Die Zuckerkrankheit. Von Dr. Baumgärtner, München. (Wiener klin.-therap. Wochenschr., 1904, No. 30.) Bezüglich des Wesens und der Behandlung des Diabetes mellitus herrschen bei den Aerzten noch ganz unrichtige Anschauungen. Während die einen ihren Patienten sagen, daß sie sich wegen einiger Prozente Zucker im Harn nicht zu

Digitized by Google

sorgen brauchten, und in Bezug auf Essen und Trinken mit einigen Einschränkungen leben könnten wie früher, halten andere Aerzte den Diabetes für unheilbar oder verbieten ihren zuckerkranken Patienten für immer alle kohlehydrathaltigen Speisen und Getränke, wie Brot, Kartoffel, Bier etc., welche der Mensch am schwersten entbehrt, und überliefern so die bedauernswerten Leute dem trostlosesten Kummer. Beide Anschauungen sind unrichtig und basieren auf falschen Schlußfolgerungen, welche aus der Beobachtung einiger weniger Fälle von Zuckerkrankheit gezogen wurden. Denn die Ansicht, die Zuckerkrankheit sei ungefährlich, ist offenbar entstanden aus der Kenntnis leichter Fälle von (nervösem) Diabetes, welche hauptsächlich im höheren Alter vorkommen und sich über viele Jahre, ohne besondere Störungen zu machen, hinziehen können. Ebenso falsch ist die Meinung, die Zuckerkrankheit sei geheilt, wenn durch Einleitung einer geeigneten Kur der Harnzucker vorübergehend zum Verschwinden gebracht ist; denn die Heilung des Diabetes ist immer eine relative, da die Prädisposition bestehen bleibt, indem der Diabetes in der Regel angeboren ist. Nicht weniger irrtümlich ist der Glaube, ein Zuckerkranker dürfe sich im höheren Lebensalter mehr Kohlenhydrate in der Nahrung erlauben, da es im Gegenteil bekannt ist, daß die Fähigkeit der Körperzellen, die Kohlenhydrate zu zerlegen, mit dem zunehmenden Alter sogar abnimmt; denn es kommen auch in diesem Lebensabschnitte noch genug Todesfälle an den Folgen des Diabetes vor. Unbegründet ist auch die entgegengesetzte Ansicht, daß die Zuckerkrankheit immer tötlich sei; denn jeder Spezialist wird viele Fälle aufzählen können, bei denen es der modernen Behandlung geglückt ist, die Schwäche der Köperzellen, welche die Schuld an der mangelhaften Oxydation des im Blute unzerlegt kreisenden Traubenzuckers trägt, derart zu beseitigen daß der Harnzucker dauernd zum Verschwinden gebracht wurde. Ebenso deplaziert ist es, den Zuckerkranken den Genuß der kohlenhydrathaligen Nahrungs- und Genußmittel auf einmal zu entziehen und für immer zu verbieten, da man dieselben auch allmählich reduzieren und in ca. 4—6 Wochen Zuckerfreiheit des Harnes erzielen kann. Ist dies eingetreten, dann muß man die Kohlenhydrate sogar in allmählich steigenden Quantitäten wieder gestatten, weil sonst Unterernährung mit Zerfall des Körpereiweißbestandes (d. h. rapide Abmagerung) und der Tod an Coma diabeticum infolge Säureintoxication (mit Oxibuttersäure, Diacetessigsäure etc.) erfolgen würde.

Da durch die Oxydation der in der Nahrung zugeführten und im Körper aufgespeicherten Kohlenhydrate (Glykogen) einerseits das Körperfett vor Verbrennung geschützt, andererseits Fett abgespalten und das Körperfett angesetzt oder in

Digitized by Google

die zur Unterhaltung der Lebensprozesse unbedingt nötige Wärme und Kraft übergeführt wird, so muß beim Fehlen der Kohlenhydrate das organisierte Eiweiß angegriffen werden. Beim Zerfall des letzteren aber bilden sich die obengenannten Säuren, welche auf den lebenden Organismus giftig wirken und Acetonurie verursachen. Gestattet man aber als Ersatz der Kohlenhydrate zu viel Eiweiß in der Nahrung, so wird dadurch Ueberernährung und erst recht Harnzucker erzeugt.

Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, fleißiger als bisher den Harn seiner Patienten auf Zucker zu untersuchen, um einen bestehenden Diabetes so bald als möglich zu entdecken, damit derselbe nicht unheilbar wird. Ist dann der Diabetes event. nach Verordnung einer kohlenhydratreichen Probemahlzeit festgestellt, so hat man zuvörderst das bis zu einem gewissen Grade gesunkene Vermögen des diabetischen Organismus, die in der Nahrung zugeführten Kohlenhydrate zu zerlegen, zu heben, indem man dieselben allmählich soweit reduziert, bis der Harn zuckerfrei wird. Sehr wichtig ist es, die Toleranz des Kranken für die einzelnen kohlenhydrathaltigen Nahrungs- und Genußmittel festzustellen, denn mancher Diabetiker zeigt nach dem Genuß gewisser Kohlenhydrate (z. B. des Milchzuckers in der Milch oder in der Butter, des Brotes, der Kartoffel etc.) entweder regelmäßig oder, wenn sie zu gewissen Zeiten konsumiert werden, zeitweise eine Vermehrung des Harnzuckers. Erst wenn die Toleranz für die einzelnen hohlenhydrathaltigen Nahrungs- und Genßmittel festgestellt ist, kann man den Kranken vorschreiben, wieviel davon gestattet ist und auf welche Tageszeiten dieselben zu verteilen sind. Im Durchschnitt verbrennt der von Harnzucker freigemachte diabetische Organismus noch ca. 80—100 g Kohlehydrate.

Was speziell den Genuß von Brot und Bier betrifft, so warnt B. vor einem verhängnisvollen Irrtum, in dem sich Arzt und Patient so häufig befinden. Gar oft nämlich trifft man auf Diabetiker, welche ihren Harnzucker nicht losbringen, weil sie ungemessene Mengen eines vermeintlich unschädlichen Diabetikerbrotes (z. B. des Kleberbrotes) verzehren; ein solches existiert aber bis jetzt nicht, da jedes Diabetikerbrot nahezu soviel Kohlenhydrate enthält wie ein gewöhnliches Roggenbrot. Ebenso unverständig ist es, sog. helles Bier als unschädlich zu gestatten, da dieses ebensoviel Prozent Traubenzucker enthält, wie das dunkle Bier.

Um aber einen Rückfall des Diabetikers zu verhindern, ist es notwendig, daß der Kranke sich mindestens zweimal jährlich einer mehrwöchentlichen Diätkur unterwirft oder allwöchentlich mindestens 1—2 Tage mit strenger Diät einschaltet. Bei diesem Verhalten können die Diabetiker vollkommen zuckerfrei bleiben und ein hohes Alter erreichen.

Digitized by Google

Betrachtungen über den plötzlichen Tod Herzkranker im Schlafe. Von Prof. Dr. M. Heitler. (Wiener med. Presse, 1904, No. 26) Plötzlicher Tod durch Stillstand des Herzens ist bei Herzkranken kein seltenes Vorkommnis, er ist häufiger bei den primären Erkrankungen des Herzmuskels als bei den Klappenaffektionen. Der plötzliche Herztod trifft die Herzkranken mit den verschiedensten Erscheinungsweisen der Erkrankung, er tritt auf bei Kranken, welche mehr oder weniger intensive Störungen von Seiten des Herzens darbieten, bei Kranken, welche nur geringe Herzsstörungen zeigen, bei Kranken, bei welchen Herzstörungen fast ganz fehlen, wo die Herzaffektion latent verläuft. Vor allem muß festgestellt werden, sagt H., daß die anatomische Läsion allein, von unzweideutigen mechanischen Verhältnissen abgesehen, für den Eintritt des plötzlichen Todes nicht entscheidend ist; ein Herz, welches in einem gegebenen Momente zusammenbricht, bricht nicht deshalb zusammen, weil die anatomische Läsion einen so hohen Grad erreicht hat, daß eine weitere Funktionierung des Herzens unmöglich geworden; der plötzliche Tod wird hervorgerufen durch eine momentane Erregung des Herzens, eine Erregung, welche die Funktion des gesunden Herzens gar nicht oder vorübergehend stört, die Funktion des kranken Herzens aber plötzlich vernichtet, und man kann bestimmt aussprechen, daß ein Herz, welches durch eine Erregung plötzlich getötet wurde, ohne diese Erregung bei fortbestehender oder auch fortschreitender anatomischer Läsion noch eine geringere oder größere Anzahl von Jahren in befriedigender Weise funktioniert hätte.

Bemerkenswert ist, daß manches Herz, welches die heftigsten Stürme von Asthma und Angina überstanden hat, einer geringen Erregung unterliegt.

Die Anschauung über die Bedeutung der Erregung bei dem plötzlichen Tode Herzkranker findet ihre Stütze in anatomischen, experimentellen und klinischen Tatsachen. Bekannt ist der nicht seltene, durch geringere oder stärkere Veranlassung bedingte plötzliche Herztod ohne wesentliche Veränderungen des Herzens bei infolge von verschiedenen Krankheiten herabgekommenen Indivipnen, mo man nichts anderes als eine durch die Krankheit hervorgerufene verminderte Resistenzfähigkeit des Herzens annehmen kann, ferner der sehr seltene, durch äußere Veranlassung bedingte vorübergehende Herzstillstand oder Herztod bei gesunden Individuen mit intaktem Herzen.

Zwischen Funktionsstörung des Herzens und anatomischer Läsion des Herzens besteht häufig ein großes Mißverhältnis. H. hat eine große Anzahl von Herzen von Individuen histologisch untersucht, welche an verschiedenen Krankheiten ohne Störung des Herzens gestorben sind.

Digitized by Google

Die histologischen Veränderungen des Herzmuskels waren in Fällen, in welchen der Tod infolge der Herzaffektion erfolgte, sowohl bei den primären Herzmuskelerkrankungen als auch bei den Herzhypertrophien infolge von Klappenfehlern oder bei den von Klappenfehlern unabhängigen Hypertrophien manchmal gering, in manchem hypertrophischen Herzmuskel konnte überhaupt keine Veränderung nachgewiesen werden, während in manchen Fällen, in welchen das Individuum keine Störung von Seiten des Herzens hatte, der Herzmuskel wesentliche Veränderungen zeigte.

In solchen Fällen, in welchen die Veränderung des Herzmuskels keine hinreichende Erklärung für die Funktionsstörung des Herzens gibt, muß man auf nervöse Einflüsse rekurrieren.

Der plötzliche Tod im Schlafe befällt Herzkranke im Stadium schwerer Störungen, Kranke, bei welchen das Herzübel latent verlaufen ist, Kranke, welche nach überstandenen intensiven Herzbeschwerden froheren Mutes in die Zukunft blicken und sich wieder regerer Tätigkeit erfreuen. Daß der Tod im Schlafe durch eine Erregung des Herzens hervorgerufen wird, kann als unzweifelhaft angenommen werden und man kann nach H. an verschiedene Möglichkeiten denken. Man muß noch die Frage stellen, ob der Tod nicht durch die herabgesetzte Tätigkeit des Herzens im Schlafe bedingt sein könnte. In der Nacht arbeiten alle Organe mit verringerter Energie, auch das Herz; der Puls ist in den Morgenstunden kleiner, Kornfeld hat den Blutdruck im Schlafe herabgesetzt gefunden; es wäre denkbar, daß insbesondere in Fällen von hochgradiger Herzschwäche die verringerte Energie der Herztätigkeit einen Stillstand der Herztätigkeit herbeiführt.

Obwohl diese Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen werden kann, so hält H. dieselbe nicht für wahrscheinlich, sie dürfte jedenfalls nur selten die Todesursache sein, aber es muß festgehalten werden, sagt H., daß die verschiedenen Erregungsmomente auf das Herz im Schlafe eine größere Wirkung üben, da sie ein durch den Schlaf schwächer funktionierendes, also weniger resistentes Herz treffen. Eine brüske Bewegung im Schlafe kann Herzlähmung hervorrufen. Eine weitere Ursache der Herzlähmung dürfte, meint H, in der Erregung des Herzens von den Bauchorganen, insbesondere vom Magen und Darme gegeben sein. Störungen der Herztätigkeit durch Vorgänge in den Bauchorganen sind bekannt. Die Störung in den Bauchorganen muß keine intensive sein.

Bei Kranken mit intermittierendem Pulse mag es geringer Erregung bedürfen, daß die Intermission der Herztätigkeit in Stillstand übergeht. Von wesentlicher Bedeutung hält H. die Erregung des Herzens durch Träume und diese ist viel-

Digitized by Google

leicht die häufigste Ursache des Herztodes im Schlafe. Es ist bekannt, daß das Erwachen Herzkranker und Neurastheniker mit Herzklopfen und Atemnot aus dem Schlafe, manchmal bald nach dem Einschlafen, häufig durch Träume bedingt ist und daß manchmal das erste Hervorbrechen der schweren Störungen bei Herzkranken durch einen Traum hervorgerufen wird. Die Erregung durch Träume ist, wie jeder an sich selbst erfahren haben mag, eine intensive, und es ist nicht von der Hand zu weisen, daß sie imstande ist, ein krankes Herz, ebenso wie eine psychische Erregung im Wachen, zu töten. — (Allg. med. Zentralztg.)

Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses. Von Dr. Bruner. B. mag den Aderlaß bei gewissen Herz- und Lungenerkrankungen nicht missen. Nach seiner Anschauung ist die Wirkung des Aderlasses eine mechanische: Durch Entziehung einer gewissen Quantität von Blut wird der Widerstand im Zirkulationssystem vermindert, die Forderungen, die an das Herz gestellt werden, nehmen ab, infolgedessen wird sich dasselbe viel energischer kontrahieren und die durch die Krankheit entstehenden Hindernisse viel leichter überwinden können. Von diesem Standpunkte aus ist der Aderlaß in denjenigen Krankheitszuständen indiziert, wo eingetretene Zirkulationshindernisse besonders anstrengende Leistungen vom Herzmuskel verlangen.

Bei Lungenentzündung ist der Aderlaß dann am Platze, wenn drohende Erscheinungen eintreten, also Lungenödem, bedeutende Zyanose, Pulsus mollis et deficiens, Atemnot, kurz Erscheinungen, die Vorboten einer Herzparalyse sind.

Bei Lungenemphysem und Herzfehlern mit Kompensationsstörungen konnte B. nach Versagen aller Herz- und harntreibenden Mittel durch rasche Entfernung einer größeren Blutquantität großen Nutzen bringen, indem eine Beseitigung der Hindernisse eine intensivere und bessere Herztätigkeit zur Folge hatte.

Bei Gehirnapoplexie ist der Aderlaß angezeigt, wo es sich um frische Fälle und starke, nicht sehr alte Individuen mit gutem regelmäßigen Puls, ruhiger Atmung und stark pulsierenden Halsarterien handelt.

Schließlich wird des Aderlasses bei Urämie gedacht, der insbesondere bei den akut auftretenden Fällen häufig von Erfolg begleitet wird.

Bei Bleichsucht erweist sich der Aderlaß als ganz zwecklos. — (Zeitschr. f. klin. Med, Bd. 53, 1904.)

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Erfahrungen mit Lokalanästhesie durch Eukain und Eukain-Adrenalin. Von Privetdozent Dr. Otto

Digitized by Google

Simon, I. Assist. der Heidelberger Klinik. Die Verwendung des Kokains zur Erzeugung von Lokalanästhesie ist nicht ohne Gefahren, es kann die schwersten Vergiftungserscheinungen bei hierzu disponierten Individuen hervorrufen, selbst wenn es in geringster Menge zur Anwendung gelangt. So sah Simon bei einem 24jährigen Neurastheniker nach Einspritzung von 7 ccm einer 1proz. Kokainlösung in die Harnröhre innerhalb 2 Minuten allgemeine epileptiforme Krämpfe, bald darauf Herz- und Atmungsstillstand auftreten. Seit diesem Todesfalle benutzt er an Stelle von Kokain das Eukain β, öfters in Verbindung mit Adrenalin. Wird das Eukain β nur in Wasser gelöst verwendet, so ist es schwächer in der Wirkung und erzeugt etwas stärkeres Brennen in der Urethea; diese Nachteile fallen indes fort, wenn es mit 0,6—0,9 proz. Kochsalzlösung kombiniert und auf Körpertemperatur erwärmt wird. Bei 188 Eukainanästhesien traten nur einmal leichte Nebenwirkungen, bestehend in Kopfschmerz und Brechreiz, auf, als die Blase mit 80 ccm einer 4proz. Lösung angefüllt wurde; sofort nach Entleerung und Ausspülung der Blase schwanden diese Erscheinungen.

Bei akuten Entzündungen, Panaritien und Phlegmonen nimmt Simon von der Infiltrationsanästhesie Abstand, da diese, wie auch schon von Braun hervorgehoben worden war, die Verschleppung der Keime in gesundes Gewebe begünstigt. In diesen Fällen greift er zum Chloräthylspray und nur bei tiefliegenden Eiterherden oder bei ausgebreiteter Phlegmone bevorzugt er die allgemeine Narkose in Form des Aetherrausches.

Die Kombination des Eukains mit Adrenalin erscheint besonders wirksam und empfehlenswert bei

1. Exstirpationen von subkutan oder tiefer liegenden Tumoren (Lipomen, Mammodenomen, Struma),
2. Keilexzision kleiner Zungentumoren und Lippenkarzinomen.
3. Exzision von Angiomen,
4. Operation am Kiefer (Epulis, Zahncysten, Zahnextraktionen),
5. Abmeißelung von Knochvorsprüngen,
6. kleinen plastischen Operationen im Gesicht.

Eukain, resp. Eukain-Adrenalin läßt sich ferner mit gleichem Erfolge bei der Exstirpation tuberkulöser Lymphdrüsen, bei der Winkelmannschen Hydrocelenoperation, Eukain ohne Adrenalin bei chronisch tuberkulösen Entzündungen der Knochen, bei Ganglien am Handgelenk, Fremdkörperextraktionen, Sehnennähten, eingewachsenem Nagel verwenden.

Außer zur Infiltrationsanästhesie benutzt S. das Eukain bei Cystoskopien und Litholapaxien.

Das Eukain wurde zur Infiltrationsanästhesie in 0,5 bis

Digitized by Google

1proz. Lösung, für Harnröhre und Blase in 2—4proz. Lösung und zwar stets mit 0,6—0,9proz. Kochsalzzusatz und erwärmt verwendet. Bei Benutzung von Adrenalin in der Konzentration von 1 : 10000 traten drei Mal heftige Herzpalpationen und Beklemmungen auf: die Störungen bleiben bei Verwendung von Konzentrationen von 1 : 20000 bis 1 : 50000 aus, die Wirkung ist bei dieser Verdünnung noch eine gute.

Seine Erfahrungen faßt S. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

Eukain ist im Vergleich mit Kokain bei gleicher Konzentration der Lösungen als fast ganz ungefährlich zu bezeichnen.

Eine isosmotische, erwärmte Eukainlösung anästhetisiert ebenso gut wie eine gleichprozentige Kokainlösung.

Adrenalin verstärkt die Eukainanästhesie und ist frei von unangenehmen Nebenwirkungen bei subkutaner Injektion und in Konzentrationen von 1 : 20000 an. Ob Eukain oder Kokain verwendet wird, ist für die Wirkung irrelevant.

Wo anwendbar, ist die Oberstsche Methode (mit 1 proz. Eukain) der einfachen Eukaininfiltration und auch dem Eukain-Adrenalin vorzuziehen. (Münchener med. Wochenschr. 1004. No. 29.)

Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase. Von Volland. (Therapeutische Monatshefte 1904 8.) Die große gesundheitliche Bedeutung einer für das Atmen hinreichend frei durchgängigen Nase ist allen Aerzten bewußt. Aber das Gegenteil ist ein recht häufiges Vorkommnis. Gegen diese verstopfte Nase zog man nun eine Zeitlang mit Feuer und Schwert zu Felde. Es wurde vielfach so gründlich „spezialistisch" gearbeitet, daß manches Patienten Nase nur allzu geräumig geworden war und von den unteren Muscheln sich manchmal kaum noch Spuren fanden. Schonender waren die Einschlürfungen und Einläufe von schleimlösenden und keimtötenden Flüssigkeiten; aber man kann danach unangenehme Ohrenerscheinungen erleben. Es wurden endlich auch pulverförmige Heilmittel eingeblasen, diese hatten aber manchmal Kopfschmerzen im Gefolge.

Alle diese Behandlungen ergaben nichts Befriedigendes, und dauernde Besserung wurde nicht erzielt.

V. ist dann auf die Salbenbehandlung des Naseninnern verfallen und übt sie seit einer Reihe von Jahren mit recht erfreulichem Erfolg.

Das dazu nötige Instrument ist äußerst einfach und überall leicht zu haben; es besteht nur aus einer gewöhnlichen Haarnadel, die man gerade streckt. Sie wird mit Verbandwatte bis zur Umbiegungsstelle fest umwickelt, und zwar so, daß das eine Ende durch die pinselförmige überstehende Watte vollständig gedeckt ist. Dann gehört dazu

Digitized by Google

noch frisch bereitetes Zinkvaselin, auch in manchen Fällen besser Borvaselin. In diese Salbe wird die so vorbereitete Nadel getaucht und die Watte allseitig gut damit beladen. Dann geht man mit ihr unter leicht schmierenden Bewegungen soweit als möglich nach aufwärts in die Nase, zieht zurück und dringt nun mit ihr durch den unteren Nasengang ungefähr bis zur Umbiegungsstelle der Nadel; da wird ihr vorderes Ende den Nasenrachenraum erreicht haben. Mit einer frischen Umwicklung und Salbung wird dann das andere Nasenloch ebenso behandelt.

Der Erfolg ist augenblicklich. Der Patient verspürt Linderung und verliert den Drang, in der Nase zu bohren, da das unangenehme Gefühl von Trockenheit und Spannung verschwunden ist. Auf diese Weise läßt sich auch den Kindern das Bohren in der Nase leicht abgewöhnen, ein wichtiger Beitrag zur Verhinderung der Ansteckung mit Lupus, Skrofulose, Gesichtsrose u. a. Krankheiten. Diese Behandlung muß in zwei bis drei Tagen wiederholt werden; die Verschwellung der Nasengänge verschwindet, die Nasenatmung bleibt auch des Nachts frei. Die günstige Wirkung dieser Behandlung hält gewöhnlich einige Zeit vor. Viele Pat. lernen das bald selbst machen.

Der oben beschriebene Wattepinsel ist auch sehr geeignet zur Reinigung des äußeren Gehörganges, für die Anwendung der Augensalbe und zu Rachenpinselungen.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber den Wert der Gummihandschuhe bei manueller Placentarlösung. Von Dr. Karl Baisch, Assistenzarzt der Tübinger Klinik (Dtsch. med. Wochenschr. 6/1904). Die manuelle Placentarlösung gilt nach dem übereinstimmenden Urteil fast aller Autoren für einen der gefährrichsten, wenn nicht für den gefährlichsten aller geburtshilflichen Eingriffe. Während in den Jahren 1890—1900 in der Münchener Klinik die mütterliche Mortalität nach künstlicher Frühgeburt 2,2 Proz., nach Wendung und Extraktion 4,8 Proz., nach Zangenoperation 4,4 Proz. und nach dem Kaiserschnitt 8,6 Proz. betrug, stieg sie nach manueller Placentarlösung auf 13 Prozent. Man macht es sich wohl nicht ohne weiteres klar, daß selbst in Kliniken die manuelle Entfernung der Nachgeburt eine um die Hälfte schlechtere Prognose abgibt, als eine Sectio caesarea. Ein ebenso ungünstiges Bild liefert die Morbiditätstatistik. Nur ein Drittel der Wochenbetten verlief nach manueller Placentarlösung ohne Temperatursteigerung, von den übrigen zwei Dritteln fieberhafter Wochenbetten verlief die Hälfte mit schwerem Puerperalfieber. Aus der Ohlenhausenschen Klinik berechnet Seyffarth bei 9500 Geburten der Jahre 1893 bis

Digitized by Google

1901 mit 79 manuellen Placentarlösungen 50 Prozent Morbidität, und zwar 30 Prozent schwer fieberhafte Erkrankungen. Die Erkenntnis von der ungemein hohen Infektionsgefahr, die mit dieser Operation verknüpft ist, hat andererseits den großen Fortschritt gebracht, daß ihre Indikationen möglichst eingeschränkt wurden. Es herrscht heutzutage in diesem Punkte allgemeinste Uebereinstimmung, und Berichte, wie aus den Gebäranstalten von Danzig und Brünn, wo in 7 — 9 Proz. aller Geburten manuelle Placentarlösungen vorgenommen werden, bilden seltene Ausnahmen. Abgesehen von den Fällen, in welchen eine bedrohliche Blutung, d. h. ein Blutverlust von 1000 bis 1500 cm^3 zu sofortigem Eingreifen zwingt, wird man zunächst 1—2 Stunden nach der Geburt des Kindes zuwarten, zumal da in den Fällen von pathologischer Adhärenz der Placenta keine Blutung auftritt. Wenn in dieser Zeit auf wiederholt und nachdrücklichst versuchte Expression von den Bauchdecken aus die Placenta nicht erscheint, ist erst vor der Lösung noch einmal in tiefer Narkose der Credésche Handgriff energisch zur Anwendung zu bringen. Die Narkose hat den doppelten Vorzug, daß sie eine störende Spannung der Bauchmuskeln ausschaltet und einen etwa vorhandenen Spasmus des inneren Muttermundes löst. Erst wenn auch dieser letzte Versuch resultatlos verlaufen ist, gilt weiteres Zuwarten als zwecklos, jetzt ist das Eingehen mit der Hand und die Losschälung der Placenta erlaubt und geboten. Eine letzte, ebenso allgemein anerkannte Indikation ist gegeben durch partielle Placentarretention, durch das Zurückbleiben einzelner Kotyledonen.

Hält man sich streng an diese Grundsätze, so wird man, abgesehen von den Fällen, in welchen die Atonie des Uterus zu dem Eingriff zwang, fast ausnahmslos auch der anatomischen Indikation gerecht werden und eine wirkliche Placenta accreta vorfinden, deren spontane Lösung überhaupt ausgeschlossen war.

Die Uebertragung septischer Keime durch die operierende Hand muß wegen der Anämie der Wöchnerin gerade bei dieser Operation verhängnisvoll werden. Eine vollkommen zuverlässige Entkeimung der Hand ist aber durch keine Desinfektionsmethode erreichbar. Selbst wer noch an der Möglichkeit festhält, seine Hände sterilisieren zu können, wird dennoch der Unzulänglichkeit aller Händedesinfektionsverfahren kaum irgendwo so lebhaft wie hier bewußt werden, wo häufig genug die dazu erforderliche Zeit von 10—15 Minuten schlechterdings nicht geopfert werden kann. In der nicht geringen Zahl von Fällen, wo wegen Atonie des Uterus seine sofortige Ausräumung dringend indiziert ist, beherrscht die Gefahr der Verblutung so ausschließlich die Situation, daß ihr gegenüber selbst die Sorge um die Asepsis

Digitized by Google

zurücktreten muß. Diese Momente stehen in der allgemeinen Praxis noch weit mehr im Vordergrund, als in der Klinik. Die Notwendigkeit sofortigen Eingreifens ist weit dringlicher, weil eben oft nur wegen der atonischen Blutung ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, und die objektive und subjektive Antisepsis ist im Privathaus und vom Arzt der allgemeinen Praxis weit schwieriger durchzuführen, als in der Klinik des Spezialisten.

Die Erfahrungen aus der allgemeinen Praxis, über welche eine Statistik natürlich schwer zu erheben ist, lehren aufs eindringlichste die Notwendigkeit der peinlichsten Prophylaxis und müssen gerade auch dem praktischen Arzt den Wunsch nach zuverlässigen, der Infektion mit möglichster Sicherheit vorbeugenden Maßnahmen besonders dringend erscheinen lassen. Die Notwendigkeit einer gründlichen Reinigung der äußeren Genitalien bedarf keiner weiteren Erörterung. Auch über die Zweckmäßigkeit von desinficierenden Scheidenausspülungen vor geburtshilflichen Operationen existiert heutzutage kaum noch große Meinungsverschiedenheit, und auch diejenigen Autoren reden ihnen nahezu sämtlich das Wort, welche ihren Nutzen bei Spontangeburten für illusorisch halten. Daß freilich diese präliminaren Scheidenausspülungen keinen absoluten Schutz gegen Infektion gewähren, beweist die Statistik der Würzburger Klinik, wo dieselben vielleicht am energischsten durchgeführt und am eifrigsten befürwortet werden. Auf 55 manuelle Placentarlösungen bei 5000 Geburten kommen in Würzburg 2 Todesfälle an Sepsis, was die relativ hohe Mortalität von 3,6 Proz. ergibt. Mindestens ebenso wichtig, dabei aber erreichbarer als die Vernichtung der Scheidenkeime, ist die sichere und absolute Keimfreiheit der operierenden Hand. Diese wird jedoch, darüber kann heute kein Zweifel mehr herrschen, durch keine wie immer ausgeführte Händedesinfektionsmethode garantiert, wohl aber mit Sicherheit gewährleistet durch Benutzung von Gummihandschuhen. Der Empfehlung derselben, wie sie von Prof. Döderlein in die Geburtshilfe eingeführt worden sind, haben sich gerade für die manuelle Placentarlösung Olshausen und Hegar angeschlossen.

Die Behandlung der Cholera infantum, mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik. Von Dr. H. Roeder. R. berichtet über die Behandlung der Gastroenteritis, wie sie am Kaiserin Friedrich-Krankenhaus in Berlin seit einiger Zeit mit vorzüglichem Erfolge durchgeführt wird. Vorbedingung ist, daß die Fälle nicht durch Verzögerung der Therapie aussichtslos werden, und daß die klinischen Erscheinungen als Sensorium, Hautturgor, Körperhaltung, Verhalten des Pulses und der Diurese, Beschaffenheit jeder einzelnen Stuhlentleerung unausgesetzt

Digitized by Google

sorgfältig beobachtet werden. Die Therapie hat sich von Fall zu Fall nach dem wechselvollen Bilde der Erkrankung genau zu richten. Der so rasch eintretende Wasserverlust, der in extremen Fällen, die dann letal verlaufen, bis zu $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ des Körpergewichts betragen kann, ist Indikation zur subkutanen Kochsalzinfusion, dem wichtigsten therapeutischen Eingriffe, der sich mit der Verabreichung auch anderer Analeptika zur Stärkung der geschwächten Herzkraft verbinden muß. Im allgemeinen ist es unmöglich, die Infektion sofort zu bekämpfen, also eine kausale Therapie ausgeschlossen. R. warnt besonders vor der Anwendung der Opiate im Anfangsstadium der Cholera; auch später, am 3.—4. Krankheitstage, kann das Opium entbehrt werden, da in dem Wismut (Bism. subn. 0·2—0·5 3mal tgl.) und insbesondere in der Bismutose in diesem Stadium der Erkrankung vortreffliche Ersatzmittel gegeben sind. Am zweckmäßigsten ist die sofortige Anwendung eines Senfbades, das den Zustand des Kindes günstig beeinflußt. (Zu einem Senfbade nimmt man zwei Hände voll Senfmehl und läßt dasselbe — in ein Leinwandtuch eingeschlagen — einige Minuten unter Hin- und Herschwenken im Badewasser ziehen, bis dasselbe trübe, gelbgrün geworden ist.) Das Bad dauert 5—8 Min.; nach demselben empfiehlt sich das Frottieren des ganzen Körpers; danach wird das Kind in Decken eingehüllt und muß durch Wärmflaschen etc. vor jedem Wärmeverlust geschützt werden. Vor dem Baden sind 1—3 Kampferspritzen zu geben. Oefter genügt ein einziges Senfbad, doch muß es in manchen Fällen 1—2mal täglich gegeben werden. Am besten erhält das Kind dann in den ersten Tagen täglich morgens statt des Reinigungsbades ein Senfbad. Bis alle Gefahren des Kollapses beseitigt sind, zögere man nicht mit den Kampferinjektionen und verabreiche, wenn irgend möglich, dreistündlich eine Pravaz-Spritze Kampferöl. Sehr frühzeitig ist von der subkutanen Kochsalzinfusion Gebrauch zu machen, besonders wo durch große Wasserverluste der Hauttonus gesunken, die große Fontanelle eingefallen, die Pupillen bis zum äußersten verengt sind und auf Lichteinfall wenig oder gar nicht reagieren, das Abdomen tief eingezogen, der Kräftezustand sehr elend ist, die Durchfälle nicht nachlassen und die Harnsekretion sistiert. Die Infusionen wirken günstig auf Herz und Nieren. Als Infusionsflüssigkeit benützt man am besten eine 0·3%ige Kochsalzlösung (zirka $^1/_2$ Teelöffel Kochsalz auf 1 Liter abgekochtes Wasser) auf 40° C. erwärmt. Die Infusionen führen zum Ziele, wenn sie rechtzeitg und mit genügenden Mengen ausgeführt werden; daneben sind Mineralwässer zu reichen. Nächst diesen therapeutischen Maßnahmen bedarf es in der Mehrzahl der Fälle der Entfernung schädlicher Nahrungsreste aus dem Magen mittels Spülungen. Zur Spülflüssigkeit nimmt man

Digitized by Google

obengenannte Kochsalzlösung. Indiziert ist die Spülung, welche mit einem nicht zu engen Gummischlauch gemacht werden soll, wenn anamnestisch mehrmaliges Erbrechen festgestellt wird und wenn das Erbrechen auch bei Entziehung der Nahrung nicht sistiert. Es empfiehlt sich in vielen Fällen 60—100 cm^3 der Lösung im Magen zurückzulassen. Das Nächste ist dann die Regelung der Diät. R. rät dringend, das gern gegebene Eiweiß fortzulassen, da es gerade beim Brechdurchfall eine gefährliche Noxe darstelle und der minimale Nährwert in keinem Verhältnisse stehe zu den Gefahren der fäulnisfähigen Eiweißsubstanz. Am besten gibt man den Kindern Tee zu trinken, und zwar bei nur leichtem Brechreiz aus der Flasche warm (2—3stündlich 80—100 cm^3), bei benommenem Sensorium und starkem Erbrechen eiskalt alle 5—10 Minuten 3—5 Teelöffel. Von besonderer Wichtigkeit ist es ferner, den Zeitpunkt zu bestimmen, wo man zu einer Nahrung übergehen kann. Bei besserem Kräftezustand kann schon nach 36—48 Stunden zu Haferschleimlösung übergegangen werden. Bei den elenden Kindern, welche den Tee löffelweise bekommen haben, gehe man nicht zu früh zur Schleimnahrung über. Die bei der Teenahrung an Zahl und Wassergehalt verminderten Stühle nehmen bei reiner Schleimdiät eine etwas festere Beschaffenheit an. Allmählig geht man dann zu ganz dünner Milchmischung oder dem Biedert'schen Rahmgemenge über in sehr starker Verdünnung. Bei dieser Ernährung bleibe man 2—3 Tage. Erst ganz allmählig kann die Nahrung ihrer Quantität und ihrem kalorimetrischen Werte nach dem Körpergewicht angepaßt werden. — (Ther. d. Gegenw., Juni 1904. — Zentralblatt f. d. ges. Therapie.)

Die Behandlung der Gelenktuberkulosen im kindlichen Lebensalter. Von Prof. Hoffa. Die Behandlung der Gelenktuberkulose im Kindesalter soll prinzipiell eine konservative sein. Es gelingt mittels konservativer Behandlung etwa $^3/_4$ (bei Vorhandensein von Fisteln ca. $^2/_3$) aller Gelenktuberkulosen im kindlichen Lebensalter zur Ausheilung zu bringen.

In schweren Fällen, in denen von vornherein eine Ausheilung mit beweglichem Gelenk unwahrscheinlich ist, hat die Behandlung eine Heilung in einer für die Funktion des betreffenden Gelenkes günstigen Ankylose zu erstreben. Die vollständige Ausheilung einer Gelenktuberkulose auf konservativem Wege erfordert längere Zeit, mindestens ein Jahr. Im allgemeinen müssen die Pat 2—3 Jahre unter ärztlicher Aufsicht bleiben.

Die Behandlung hat zunächst auf die Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes Rücksicht zu nehmen. Wenn irgendmöglich sollen die Kinder an die See geschickt werden,

Digitized by Google

und zwar nicht nur auf einige Wochen, sondern auf ein ganzes Jahr. Als Ersatz der Seeluft ist auch der Aufenthalt in Binnenhospizen zu empfehlen, die nach Analogie der Lungenheilstätten von den Kommunen für die mit Knochen- und Gelenktuberkulose behafteten Kinder in schöner waldreicher Gegend errichtet werden sollten.

Die beste lokale Behandlung besteht in einer Kombination der Immobilisierung und der permanenten Extension mit der Jodoformbehandlung. Ein vorzügliches Unterstützungsmittel zur Ausheilung ist die Einreibung des Körpers mit Sapo kalinus Duvernoy; von Medikamenten kommen namentlich Lebertran, Arsen und Jodkali in Betracht. Wenn irgendmöglich soll die lokale Behandlung ambulant ausgeführt werden in immobilisierenden, extendierenden und entlastenden Verbänden.

Die tuberkulösen Abszesse sind mit Punktion und Jodoform Glyzerininjektion zu behandeln.

Für gewisse Formen der Gelenktuberkulosen ist als ein gutes Heilmittel die Stauungshyperämie nach Bier zu bezeichnen.

Bei Versagen der konservativen Behandlung, bei starken Eiterungen oder Sequesterbildung tritt die Operation in ihr Recht. Dieselbe sei jedoch möglichst konservativ.

Die Amputation kommt bei der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter nur in Frage bei hochgradigster Zerstörung des ganzen Gelenkes sowie bei gleichzeitig bestehender ausgesprochener tuberkulöser Erkrankung oder amyloider Entartung der inneren Organe. (Zentralbl. f. Chirurgie 34. 04.)

Das Megalerythema epidemicum. Die Grossflecken. Von Dr. Plachte (Berlin). Die örtlichen Röteln der Grazer Schule, das Erythema infektiosum nach Sticker, das Erythema infektiosum febrile seu afebrile nach Tripke und das Erythema simplex marginatum nach L. Feilchenfeld sind mit dem des Verf. identisch („Berl. klin. Wochenschr.," 1904, Nr. 9).

Die Differenzen der Rubeolen gegenüber dem Megalerythema beruhen auf: a) der Form des Exanthems; die Rubeolen bilden fein punktförmige, hirsekorn-, linsen-, hanfkorngroße Flecken, es fehlt ihnen die zirkumskripte Großfleckigkeit; die Rubeolen konfluieren nicht, das Megalerythema stets; b) der Lokalisation. Bei den Rubeolen werden der Reihe nach befallen Gesicht, Rumpf, Arme und Beine, und zwar schnell hintereinander, oft in Stunden. Beim Megalerythema ist die Reihenfolge: Gesicht, Extremitäten, Rumpf. Die Rubeolen sitzen gerade am Rumpf, wo das Megalerythema meist ganz fehlt; jedenfalls ist der Rumpf bei den Rubeolen schon nach ganz kurzer Zeit afiziert, während an der gleichen Stelle das Megalerythema erst viel

Digitized by Google

später und in letzter Linie auftritt; c) der Dauer des Floritionsstadiums, das bei den Rubeolen 2—4 Tage, bei Megalerythema 5—10 Tage anhält; d) auf dem Vorkommen der erwähnten gyrierten roten Linien im Rückbildungsstadium des Megalerythema, welche bei den Rubeolen fehlen; e) der verschiedenen Inkubationsdauer, die beim Megalerythema auf 5—10, ausnahmsweise auf 14 Tage, bei den Rubeolen auf 17—24 Tage berechnet wird.

Vor der Verwechslung mit einer Reihe von Erythemen infolge von äußeren physikalischen Ursachen oder von toxischer Nebenwirkung von Arzneimitteln schützt, abgesehen von der Anamnese, der Umstand, daß diesen allen die bestimmte Lokalisation, die epidemische Verbreitung und der zyklische Verlauf fehlt.

Die Pityriasis rosea Gibert differenziert sich dadurch, daß sie 1. mit mehr oder weniger starkem Jucken einhergeht, 2. auf jeder Effloreszenz Schuppen bildet, 3. zwar bisweilen in gehäuften Fällen, aber niemals in kontagiöser Verbreitung beobachtet worden ist, 4. daß das Gesicht nur sehr selten befallen wird, das bei unserem Megalerythema geradezu der Prädilektionssitz ist; 5. daß sie einen viel chronischeren Verlauf nimmt und bisweilen soviel Wochen (5—10) dauert, als das Megalerythema Tage.

Die Skarlatinosis unterscheidet sich von dem typischen Megalerythema durch drei auffällige Merkmale: 1. sie tritt, wenn sie das Gesicht überhaupt befällt, an diesem zu allerletzt auf, das Megalerythema befällt stets das Gesicht, und zwar stets zuerst; 2. sie dauert nur 1—2, höchstens 3 Tage, das Megalerythema 5—10 Tage; 3. sie ist gefolgt von einer Hautschuppung, zum Teil in Form von kleinen kleienförmigen Schuppen, zum Teil aber auch lamellös; das Megalerythema schuppt in der übergroßen Mehrzahl der Fälle nicht. Gegenüber dem Erythema exsudativum multiforme Hebrae kommen in Betracht: 1. Die Lokalisation; das Eryth. multif. befällt fast immer nur die Hand- und Fußrücken; 2. das Eryth. multif. tritt nicht in epidemischer Ausbreitung auf; 3. es entwickelt sich durch Intensitätssteigerung zu papulösen, tuberösen, vesikulösen, bullösen, zirzinären, serpiginösen und zosterähnlichen Formen, die alle dem Megalerythema fehlen; 4. fehlen beim Megalerythema, abgesehen von Ausnahmefällen mit ganz geringem Jucken, alle subjektiven Beschwerden und Allgemeinerscheinungen. Die Dauer der beiden Prozesse ist verschieden; das Megalerythema befällt das Individuum nur einmal, es ist rosenrot, das Erythema multif. blaurot etc.

Die Therapie hat sich bei dem akuten zyklischen Verlauf lediglich auf hygienische oder etwaige symptomatisch erforderliche Maßnahmen zu beschränken.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 10 XLIV. Jahrgang. 25. Okt. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Die wirksamen Bestandteile des Extractum Filicis maris und ihre Verwendung. Ueber Lysolvergiftung und ihre Vermeidung. — Ueber Bronchialasthma. Ueber Ursachen und Behandlung des Singultus. Ueber den sogenannten Weichselzopf. Zur unblutigen Behandlung des Furunkels. — Ueber chirurgische Eingriffe an den Sehnen. Zur Stillung von Hämorrhoidalblutungen. Ueber die Erkrankung des Mittelohrs bei Masern. — Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder. Die Behandlung des frischen Dammrisses. Spätfolgen des Entbindungsverfahrens mit schneller, mechanisch-instrumenteller Muttermunds-Erweiterung. Welche Aufgaben haben der praktische Arzt und die ärztliche Wissenschaft dem Gebärmutterkrebs gegenüber. — Eine neue Art der Alcoholverbände mit Duralcoholbinden. Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker. Die Verabreichung des Chinins bei Kindern. Ein neues Gleitmittel für Katheter und Bougies. Die älteste Aerztin.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Die wirksamen Bestandteile des Extractum Filicis maris und ihre therapeutische Verwendung. Von Prof. A. Jaquet, Basel. (Therap. Monatshefte, August 1904.) Trotz der unbestreitbaren Vorzüge des Farnwurzelextraktes, welches gegenwärtig unter den wurmabtreibenden Mitteln wohl die erste Stelle einnimmt, ist dieses Präparat noch weit entfernt, sämtlichen Anforderungen zu entsprechen, die man an ein so viel verwendetes Arzneimittel zu stellen berechtigt ist. Ein Hauptmangel des Farnwurzelextraktes sind die großen Schwankungen in der Wirksamkeit der verschiedenen Präparate. Unter diesen Umständen ist es begreiflich, daß man sich schon frühzeitig bemühte, aus dem Farnwurzelextrakt eine wirksame Substanz von bekannten Eigenschaften und konstanter Wirksamkeit zu isolieren. Dies ist nach J. Dr. F. Kraft in der Darstellung einer amorphen Säure aus dem Extrakt gelungen, der er den Namen Filmaron gegeben hat. J. berichtet hauptsächlich über die Resultate, die er mit diesem Präparat erzielt hat. Er hat damit im ganzen 38 Kuren gemacht. In sämtlichen Fällen handelt es sich um Taenia saginata. Gewöhnlich wurde am Tage vorher eine sogen. Vorkur eingeleitet, bestehend aus

Digitized by Google

einer Darmentleerung am vormittag, worauf abends der Patient Zwiebelsuppe und Heringssalat erhielt. Das Mittel wurde morgens früh nüchtern gegeben, und zwar meist gelöst in 1—2 g Chloroform und 20—30 g Ricinusöl. Es wurde in Bierschaum verabfolgt. Eine Stunde später erhielt der Patient 1—2 Eßlöffel Ricinusöl in Bierschaum. Ueberblickt man die Resultate dieser 38 Versuche, so wurde in 28 Fällen der Wurm mit dem Kopfe abgetrieben oder wenigstens das Ausbleiben eines Recidivs festgestellt. In sechs Fällen wurde der Wurm zwar abgetrieben, der Kopf jedoch vermißt. Es ist wohl möglich, daß unter diesen Fällen sich solche befinden, welche ebenfalls recidivfrei blieben; da jedoch die Möglichkeit einer Kontroluntersuchung fehlte, wurden sie als zweifelhaft bezeichnet. Einen Mißerfolg erlebte J. nur viermal. Drei dieser Fälle betreffen Kinder, und zwar wurde in zwei Fällen die Dosis (0,35) so niedrig genommen, daß der Grund des Mißerfolges wahrscheinlich darin gesucht werden muß.

Diese Resultate lassen über die anthelminthischen Eigenschaften des Filmarons keinen Zweifel bestehen. Eine durchschnittliche Dosis von 0,7 g reicht aus, um in der Mehrzahl der Fälle den Parasiten abzutreiben. Dabei hat J., abgesehen von unbedeutender Uebelkeit oder Leibschmerzen in einigen Fällen, nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet. Die Patienten, welche vorher Filixextrakt genommen hatten, erklärten einstimmig, daß das Filmaron viel leichter zu nehmen sei, als das Extrakt. Es blieb nun zu untersuchen, ob das Filmaron allein wurmabtreibende Eigenschaften besitzt oder ob diese Wirkung von den anderen Filixkörpern auch geteilt wird. J. hat in dieser Hinsicht die Filixsäure, die Flavaspidsäure und das Albaspidin untersucht. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß, neben dem Filmaron, die übrigen Filixkörper ebenfalls eine mehr oder weniger ausgesprochene anthelminthische Wirkung haben. Am zuverlässigsten scheint in dieser Hinsicht die Filixsäure, bedeutend besser das Albaspidin zu wirken. Jedoch spricht schon der geringe Prozentgehalt des Filixextraktes an Albaspidin dagegen, daß diesem Körper der wesentliche Anteil an der Abtreibung des Parasiten zukommen könnte. Auch scheinen Albaspidinlösungen in Oel wenig haltbar zu sein; sie trüben sich schon nach kurzer Zeit.

Für die praktische Verwendung entspricht das Filmaron den an ein Anthelminthicum zu stellenden Anforderungen, und wenn die Kur mit den erforderlichen Cautelen durchgeführt wird, so ist seine Wirkung auch eine vollständig zufriedenstellende. Die Herstellung im Großen, welche mit nicht unbedeutenden Schwierigkeiten verbunden war, hat die chemische Fabrik Böhringer & Söhne in Waldhof bei Mannheim übernommen.

Digitized by Google

Ueber Lysolvergiftungen und ihre Vermeidung. In dem Lysol besitzen wir ein zweifellos vorzügliches Antiseptikum. Der Beweis hierfür ist der außerordentlich große Verbrauch in gewerblichen Betrieben, durch Hebammen und im Hause. Leider haben sich aber mit dem gesteigerten Konsum die Vergiftungen in erschreckender Weise vermehrt, woran wohl zum großen Teile der Umstand schuld ist, daß der Liquor Cresoli saponatus des Arzneibuches sowohl, wie das Lysol dem freien Verkehr überlassen sind. Auch die für Lysol üblichen Flaschen, die denen für dünne Fruchtmarmeladen etc. sehr ähneln, sind geeignet, Verwechslungen herbeizuführen. Aber nicht nur per os genommen wirkt Lysol giftig, auch bei lokaler Anwendung auf der Haut sind Nekrosen und Gangrän, ähnlich wie bei der Karbolsäure, beobachtet worden. In einem Falle wurde sogar infolge einer Uterusdusche mit einer 10%igen Lysollösung ein tötlicher Ausgang herbeigeführt. Trotz der vorzüglichen Eigenschaften ist das Lysol also unbedingt als „Gift" anzusprechen.

Zur Behandlung von Lysolvergiftungen per os ist das beste Mittel die Magenspülung. Ist das Lysol bereits in den Darm eingetreten, so ist dasselbe durch Abführmittel und durch hohe Eingießungen zu entfernen. Möglichst vollständige Entfernung des Lysols aus Magen und Darm ist Haupterfordernis. Bedrohliche Erscheinungen des Herzens sind durch Analeptika (Wein, Kaffee, Kampfer, Koffeïn u. s. w.) zu beseitigen. Da ferner das Lysol die Nieren reizt, so ist eine reichliche Zufuhr von Getränken, wie heißem Tee, Limonade, Wildunger Wasser etc. erforderlich. — (Pharm.-Ztg., S. 61 u. 638, 1904.)

II. Medicin.

Ueber Bronchialasthma. Von A. Fränkel. (Dtsch. Kl.) Rein spastische Formen von Asthma (primären, essentiellen Asthmas), bei deren Entstehung die Schleimhaut der Bronchien gänzlich unbeteiligt ist, existieren nach Fr. nicht. Er ist der Ansicht, daß zwar das Nervensystem eine vermittelnde Rolle spielt, daß jedoch die totale Verlegung zahlreicher Bronchiolen durch Schleimgerinsel die hochgradige exspiratorische Dyspnoe, den Tiefstand des Zwerchfells, die verstärkten Ronchi im Exspirium hervorruft. Demgemäß erscheint die Weberfche Hypothese, daß die Entstehung der Schleimhautschwellung auf einer durch vasomotorische Nerveneinflüsse vermittelten Erweiterung der Blutgefäße beruhe, annehmbar und das Asthma erscheint als eine Reflex-

Digitized by Google

neurose, bei der der Bronchospasmus, die fluxionäre Hyperämie der Schleimhaut, und der Katarrh zusammenwirken.

Neben erworbener oder ererbter Disposition ist die Neurasthenie für die Pathogenese anzusprechen. Bekanntlich genügen schon bloße starke psychische Erregungen, Schreck, Idiosynkrasie gegen bestimmte Gerüche (Rosen-, Veilchenduft), aber auch die Einatmung gewisser Staubarten (Ipecacuhana, Holz- und Kohlenstaub, Pollenstaub), um Paroxismen auszulösen. Als prädisponierende Krankheiten müssen ferner die Rachitis, Affektionen der Nasen-Rachenschleimhäute (Polypen, Anschwellungen, Knochenvorsprünge, Hypertrophie der Tonsillen, Pharyngitis, adenoide Vegetationen), Reizzustände des Darmtractus (A. verminosum) und des weiblichen Genitalapparates (A. uterium) angesehen werden. Endlich ist die Beziehung zwischen Asthma und Gicht bezw. chron. Hautaffektionen (Ekzemen) nicht zu leugnen. Als Gelegenheitsursachen sind thermische, klimatische Reize und die durch sie leicht hervorgerufenen Erkältungen hinreichend bekannt.

Der einzelne Anfall überkommt den Pat. meist ganz plötzlich, vielfach in den ersten Stunden der Nacht, und wird durch einen Niesakt eingeleitet, dem ein Gefühl von Jucken, Brennen und Kitzeln im Kehlkopf und in der Trachea folgt. Als Vorboten stellen sich häufig Druck und Beklemmung auf der Brust ein. Schnell steigert sich die Dyspnoe bis zum höchsten Grade, der Thorax befindet sich in maximaler Inspirationsstellung, laute Ronchi begleiten die In- und Exspiration; das Gesicht wird cyanotisch, mit Schweiß bedeckt, die Extremitäten kühl; der Brustkorb arbeitet mit allen accessorischen Atemmuskeln angestrengt, die Bauchmuskeln sind bretthart kontrahiert.

Die Percussion weist Tiefstand der unteren Lungengrenzen und Abflachung des Zwerchfells nach; die Herzdämpfung ist verkleinert; die Lunge giebt „Schachtelton" (Biermer). Der Auswurf ist anfangs und bis zur Höhe des Paroxysmus gering und erscheint erst gegen Ende des Anfalles in Form der charakteristischen Sputa, einer zähflüssigen, hühnereiweißähnlichen, schleimigen Grundsubstanz, in der opakene, gestreckte oder spiralige Fäden (Ausgüsse der Bronchiolen) eingeschlossen sind, die ihrerseits wieder die v. Leydenschen Asthmakrystalle enthalten. Letztere sind mikroskopisch erkennbare hexagonale Doppelpyramiden; ihre chemische Zusammensetzung ist noch unbekannt. Außerdem finden sich in den Gerinnseln des Sputums zellige Elemente: Flimmerepithelien, eosinophile mit grobgranuliertem Inhalt gefüllte, meist einkernige Zellen, Hämosiderinzellen, sogen. Herzfehlerzellen, welche eisenhaltigen Blutfarbstoff enthalten.

Digitized by Google

Die Diagnose des Bronchialasthmas macht im allgemeinen keine Schwierigkeiten; solche können hauptsächlich dann erwachsen, wenn es sich um Kranke handelt, die sich in einem Alter befinden, in dem sklerotische Veränderungen an den Gefäßen sich zu entwickeln pflegen. Hier hat man sich vor der Verwechslung mit cardialem Asthma in acht zu nehmen. Bei letzterem ist jedoch die Dyspnoe nicht ausschließlich exspiratorisch, der Puls gewöhnlich abnorm gespannt, unregelmäßig und der Herzbefund kaum ein normaler, der zweite Aortenton ist erhöht und klingend. Der Harn enthält dabei meist mehr oder weniger Eiweiß.

Beim Asthma dyspepticum weisen die Störungen der Magen- und Darmtätigkeit, die Auftreibung und Empfindlichkeit des Epigastriums oder eine vorliegende Gallensteinerkrankung, sowie Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen auf die richtige Diagnose. Bei allen anderen Asthmaformen, dem hysterischen, dem durch Motilitätsstörungen des Kehlkopfes verursachten, ist der Charakter der Dyspnoe stets ein inspiratorischer und die Ronchi fehlen.

Die Prognose verschlechtert sich mit Zunahme der Anfälle und des Alters des Pat. Nach dem 45. Jahre sind Heilungen selten, besonders wenn in der Zwischenzeit ein diffuser Katarrh bestehen bleibt.

Die Behandlung hat die Aufgabe den bestehenden Anfall zu bekämpfen und seine Wiederkehr zu verhüten. In vielen Fällen läßt sich der Anfall coupieren durch ein Narkoticum. Leichtere Anfälle werden bekämpft durch Räucherungen mit Stramoniumblättern, Salpeter (charta nitrata), Stramonium nitrat, einer Kombination beider. Das Neumeiersche Asthmapulver besteht aus Datura stram. Lobel. infl. Natr. nitros. Calc. jodat. Sacch. alb. Das Reichenhaller enthält Stramon. Kal. nitr. Benzoe grindelia robusta und Eucalyptus. Das Schiffmann'sche Kal nitr. Fol. Datur. arborac. Rad. Symplocarpi foetidi. Die Cigarettes d'Espic Bellad. Hyoscyam. und Phellandr. mit Extr. opii in Aq. laurocer. getränkt.

Zu Einatmungen dienen Chloroform, Amylnitrit, Jodaethyl, Pyridin, Methylenbichlorid. Bei sehr heftigen Anfällen kommt man nicht ohne subcut. Morphium-Injektion (0,015 p. dosi) aus. Biermer empfiehlt Chloralhydrat; Edlefsen Hyoscin. hydrobromic. subcutan, v. Noorden die alte Trousseau'sche Behandlung durch länger fortgesetzte Atropindarreichung. Um die sekretorische Tätigkeit der Bronchialschleimhaut umzustimmen gibt man längere Zeit hindurch beginnend mit 1,5 pro die Jodkalium in Einzelgaben von 0,5—1,0 steigend bis zu 6,0 pro die. Auch das Jodipin eignet sich zur Kur, es wird langsamer ausgeschieden als Jodkali, so daß man es nach einigen Tagen Ein-

Digitized by Google

gabe mehrere Tage hindurch aussetzen kann. Man gibt täglich 2—3 Teelöffel voll, wobei der Teelöffel etwa 0,35 Jod oder 0,46 Jodalkalium enthält. v. Leyden unterstützt die Joddarreichung durch Inhalation von Kochsalz oder kohlensaurem Natron. Eine Atropinkur dauert 4—6 Wochen. Man beginnt mit 0,0005 tägl. intern (Pillen), und steigt jeden 3. Tag um diese Dosis bis 4 mgrm erreicht sind. Auch Arsen (in Form der Sol. Fowleri) wird empfohlen. Die Dyspnoe durch Erleichterung des Gasaustausches in den Lungen zu verringern dienen Sauerstoffinhalationen; in mechanischer Weise dient diesem Zweck der Atmungsstuhl Roßbachs. Durch Compression des Thorax soll die kohlensäurereiche Residualluft aus den Lungen herausgeschafft und der Schleimauswurf befördert werden.

Zur Prophylaxe und zur Bekämpfung der Disposition ist die Hydrotherapie unentbehrlich. Abreibungen mit Salzwasser, Bäder und Douchen sind der Empfindlichkeit und der Konstitution des Patienten anzupassen. Seeaufenthalt (Nordsee) oder der Gebrauch von Soolbädern (Nauheim, Reichenhall, Oeynhausen), auch Kochsalzthermen (Ems) sind zu empfehlen. Das psychische Moment des Ortswechsels, der Entfernung aus der gewohnten Umgebung ist hierbei von nicht geringer Bedeutung. Die pneumatische Behandlungsmethode hat nicht die Erfolge gezeitigt, die man sich von ihr versprochen hat.

Wo die oben erwähnten Erkrankungen der Nase vorhanden sind, hat die lokale Behandlung (Entfernung der Polypen, Cauterisation der geschwellten Schleimhaut) Besserung des Asthmas gebracht. L.

Ueber Ursachen und Behandlung des Singultus. Von Dr. E. Reichmann in Berlin. Der Singultus besteht in einem klonischen Krampf des Zwerchfells, welches sich rasch zuckend nach abwärts bewegt und hiebei im Thorax einen luftverdünnten Raum verursacht, in den die äußere Luft alsdann sofort einzudringen bestrebt ist. Durch dieses plötzliche Einströmen der äußeren Luft entsteht dann der bekannte laute Ton, von welchem die Erscheinung ihren Namen hat, und welcher wohl durch den raschen Schluß der Glottis, durch das momentane Aufeinanderschlagen der Stimmbänder bedingt wird, nach einer anderen Ansicht jedoch schon in der Mundhöhle entsteht, dadurch, daß die Zunge vom Gaumengewölbe plötzlich zurückweicht und die äußere Luft in den hiedurch bedingten leeren Raum sofort einströmt. Die Häufigkeit der einzelnen Kontraktionen ist verschieden und schwankt zwischen wenigen Zuckungen bis zu 40 und 46 in der Minute. Schmerzhafte Empfindungen sind in leichten Fällen mit dem Singultus nicht verbunden,

Digitized by Google

bei heftigen Anfällen, langer Dauer des Leidens oder rascher Folge der Zuckungen kann es zu lebhaftem Schmerz kommen; in diesen schweren Fällen ist der Zustand ein sehr qualvoller und kann direkt lebensgefährlich werden.

Der Singultus kann, wie alle anderen Krampfformen, direkt und reflektorisch entstehen. Da es sich um klonischen Krampf des Zwerchfells handelt, so kommen also zunächst Erkrankungen des Diaphragma und der ihm anliegenden Organe in Betracht. Ohne daß eine Entzündung vorliegt, kann vom Magen aus durch zu schnelle oder zu starke Anfüllung desselben Singultus ausgelöst werden. Auch Wasser, zu schnell oder zu reichlich genossen, kann dieselbe Wirkung hervorbringen, besonders, wenn es etwas kalt getrunken wird oder wenn beim schnellen Schlucken etwas mehr Luft mit in den Magen gelangt ist. Von reflektorischen Ursachen sind besonders zu erwähnen: Peritonitis aus verschiedener Veranlassung, Unterleibstraumen, Affektionen von Abdominalorganen, der Prostata, der weiblichen Sexualorgane, Tumoren im Mediastinum, Aneurysmen, Cholelithiasis und Nephrolithiasis, besonders bei Einklemmung von Steinen u. a. m. Eine sehr häufige Ursache ist die Hysterie. Singultus tritt ferner auf als Folge von Gehirn- und Rückenmarksleiden.

Die Prognose richtet sich nach der Ursache und fällt mit der Prognose des Grundleidens zusammen.

Therapeutisch genügt bei den gewöhnlichen leichten Anfällen psychische Behandlung; Ablenkung des Aufmerksamkeit, Hypnose und Suggestion sind gegebenenfalls in Anwendung zu bringen; der schon von Plato und Hippokrates gekannte Nutzen des Niesens wird in letzter Zeit wieder betont. Außerdem kommen in Betracht: Faradisierung des N. phrenicus an seinem Halsteil, Digitalkompression des Phrenicus.

In medikamentöser Hinsicht in erster Linie Narkotika, ferner Ammonium valerianicum, Sol. arsen. Fowl., Pilokarpin, Phenacetin, Strychnin, Castoreum, Secale cor., Karminativa, Darmentleerung. (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung. No. 14, 1904.)

Ueber den sogenannten Weichselzopf. Von Dr. med. Wladyslaw Neumann, prakt. Arzt in Neuenburg W.-Pr. Leipzig 1904. Benno Konegen Verlag. N. bezeichnet in der Einleitung die Ansicht als irrig, daß der sog. Weichselzopf (plica polonica) „ein Eigentum des slawischen Völkerstammes" sei. Unter Hinweis auf die Wichtelmännchen der deutschen Sage weist er, gestützt auf Grimm und Rosenbaum, nach, daß die Krankheit in Deutschland ebenso wie in Polen und Lithauen bereits in uralten Zeiten bekannt

Digitized by Google

war. Wie die deutsche Bezeichnung „Wichtelzopf" (corrumpiert: Weichselzopf), läßt sich auch die polnische Bezeichnung der Krankheit „Koltun", „wieszczyce" von Namen mythologischer Wesen (koltki, wieszczka), die der Volksglaube für die Entstehung der Krankheit verantwortlich machte, ableiten. Ziemlich ausführlich werden dann die ärztlichen Anschauungen über den Ursprung, das Wesen und die Ursachen der Plicakrankheit behandelt, und eine genaue Symptomatologie auf Grund der von Autoren aus den verschiedensten Zeiten der Plicaliteratur stammenden Krankheitsbeschreibungen und nach eigenen Beobachtungen aufgestellt. N. hat 205 mit dem Weichselzopf behaftete Kranke behandelt und dabei in 42 Fällen Krankheitsbilder festgestellt, die im Wesentlichen stets untereinander übereinstimmten. (Den übrigen 163 Weichselzopffällen — falsche Weichselzöpfe — lagen verschiedenartige chronische, ungeheilte oder unheilbare Erkrankungen zu Grunde.) Er kommt zu dem Schluß, daß die Plica eine selbständige Krankheit, eine Form ausgedehnter Vagus- und hauptsächlich Sympathicusneurosen — Neuralgien, trophische Störungen — darstelle und zu den sog. „großen Neurosen" zu rechnen sei. Der Streit über die Frage, ob die Plica eine Krankheit sei, ist vor ungefähr 40 Jahren zu Ungunsten der Anhänger der Plicalehre entschieden worden, also zu einer Zeit, wo man über vasomotorisch-trophische Störungen bei Neuralgien (starker Haarwuchs, Verdickungen, Kräuselungen der Haare, Veränderungen der Nägel etc.) noch nichts wußte. Die ersten diesbezüglichen Beobachtungen sind erst im Jahre 1877 gemacht worden (Schreiber). Am Schlusse seiner möglichst kurz gehaltenen Abhandlung, die einen sehr genauen Ueberblick über die umfangreiche Plicaliteratur enthält, behandelt N. in kurzen Zügen die Therapie der Plicakrankheit, die ähnlich derjenigen bei den anderen „großen Neurosen" ist.

Zur unblutigen Behandlung der Furunkel empfiehlt Sembritzki (Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 29, 1904) folgendes Verfahren.

Nach dem Abrasieren der Haare und Reinigung des Furunkels und dessen Umgebung mit Spiritus aethereus wird der Furunkel nebst der umgebenden infiltrierten und entzündeten Hauptpartie mit in absoluten Alkohol getauchter Gaze oder Watte bedeckt und mit Billrot-Batist luftdicht abgeschlossen. Innerhalb 24 Stunden haben die entzündliche Schwellung und Rötung nachgelassen und der Prozeß hat sich lokalisiert. Unter Fortsetzung dieser Behandlung stößt sich der nekrotische Pfropf innerhalb weniger Tage aus und die Heilung ist in etwa 8 Tagen beendet. Die

Digitized by Google

Verbände werden gut vertragen, das auf den Umschlag folgende Brennen hört nach kurzer Zeit auf.

Neben diesen Alkoholverbänden ist entweder frische Bierhefe in der Dosis von drei Eßlöffel pro die, oder ein trockenes Hefepräparat, 3 mal täglich ein Teelöffel voll, zu verabreichen. Diese Behandlung ist hauptsächlich bei Furunkeln im Gesicht indiziert, wo eine zurückbleibende Narbe störend empfunden wird. Aber auch hier muß incidiert werden, wenn die entzündliche Schwellung in den ersten 24 Stunden nicht zurückgehen sollte.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber chirurgische Eingriffe an den Sehnen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbldg.) Während noch bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Operation an den Sehnen ein Noli me tangere war und die Fabel aus der griechischen Geschichte von der Gefährlichkeit der Verletzung der Achillessehne als Tatsache angenommen und auch auf alle anderen Sehnen übertragen wurde, beanspruchen jetzt die Operationen an den Sehnen ein besonderes Kapitel in der Chirurgie. Der erste, der Operationen an Sehnen ausgeführt hat, ist wohl Strohmeyer gewesen. Während man sich früher lediglich auf die subkutane Durchtrennung der Achillessehne z. B. bei Unterschenkelfrakturen oder bei Klumpfuß beschränkt hatte, hat man in der modernen antiseptischen und aseptischen Zeit diese subkutanen Operationen verworfen. Statt im Dunkeln zu arbeiten, hat man sich unter den Kautelen der Asepsis an die offene operative Behandlung nicht nur der Achillessehne, sondern des ganzen Sehnenapparates gemacht. Sehr bald ist dann die Literatur durch eine große Anzahl von Arbeiten bereichert worden; aber erst jetzt lassen sich die von Vielen gemachten Erfahrungen in ein einheitliches Ganze zusammenfassen. Die eigentlichen grundlegenden Ideen der Sehnenplastik und der Sehnentransplantation verdanken wir Nikoladoni, der im Jahre 1881 (Archiv für klinische Chirurgie, Band 27) bereits über eine große Reihe erfolgreicher Operationen berichten konnte. Drobnik (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 43), Hoffa (Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie 1902) und Vulpius (Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen, Leipzig 1902, Veith) haben dann in den Bahnen Nikoladoni's wandelnd weitere Erfolge gezeitigt. Von den Operationen an den Sehnen kommen folgende in Betracht: 1. die Durchtrennung der Sehnen (Tenotomie), 2. die Verlängerung, 3. die Verkürzung,

Digitized by Google

4. die Ueberpflanzung einer Sehne auf die andere, 5. Operationen, die auf einen Ersatz oder eine Regeneration einer verloren gegangenen Sehne sich beziehen.

Bei der einfachen Durchtrennung der Sehnen, die hauptsächlich an der Achillessehne und an der Sehne des Musculus sternocleidomastoideus geübt wird, operiert man jetzt an der v. Bergmann'schen Klinik nie subkutan, da subkutane Operationen für unchirurgisch und unmodern gehalten werden. Bei streng durchgeführter Asepsis hat die offene Durchschneidung nicht nur keine Nachteile, sondern den großen Vorteil, daß das Operationsfeld klar zu übersehen ist. Die Durchtrennung der Achillessehne, wie sie namentlich in der Behandlung des Klumpfußes, bei Unterschenkelfrakturen und auch bei den nahe am Kniegelenk gelegenen Femurfrakturen zur Entspannung der die Dislokation des untern Bruchfragmentes aufrecht erhaltenden Gastrocnemii (nach Bryant und Treves) angewandt wird, könnte man vielleicht noch als subkutane Tenotomie ausführen. Zur Vermeidung der Arteria tibialis postica steche man dann am medialen Rande ein und durchschneide bei gespannter Sehne von innen nach außen, wobei man sich hüten muß, nach Durchtrennung der Sehne mit der Spitze des Tenotoms in die Haut zu kommen. Eine subkutane Durchtrennung der Sehne des Musculus sternocleidomastoideus, wie sie zur Behandlung des Caput opstipum in Frage kommt, ist eine verwerfliche Methode, weil sie einerseits wegen der Möglichkeit einer Verletzung der Vena jugularis communis lebensgefährlich ist, andererseits zu einer radikalen Behandlung nicht genügt. Man macht einen Hautschnitt am medialen Rande des Muskels und durchschneidet dann nicht nur die Portio clavicularis und sternalis, sondern auch das dahinterliegende Faszienblatt. Erst nach Durchtrennung desselben sind wir vor einem Rezidiv sicher. Der Kopf wird für 8 Tage in einen Schienenverband gelegt, in einer Stellung, die bei Kontraktion des Musculus sternocleidomastoideus der gesunden Seite eintritt. Es kommt dann eine derartige Diastase an der kranken Seite zustande, daß eine Regeneration und Wiedervereinigung der durchtrennten Stümpfe ausgeschlossen ist. — Noch bei einer ganzen Anzahl von Erkrankungen ist eine derartige Durchschneidung von Sehnen am Platze, so bei der Kontraktionsstellung der Adduktoren, wie sie bei der Littleschen Lähmung vorkommt und bei Kontrakturen der verschiedensten Gelenke.

Solche Durchschneidungen bedingen dann eine Verlängerung der Sehne, wenn zwischen den durchschnittenen Sehnenstümpfen eine Regeneration von Sehne oder Bindegewebe entsteht. In manchen Fällen ist eine Regeneration nicht erwünscht. In den Fällen, wo wir eine Verlängerung der

Digitized by Google

Sehnen mit Erhaltung der Kontinuität erstreben, bleiben uns zwei Möglichkeiten. Bei geringer Verlängerung kann man aus der Sehne Lappen schneiden, die, durch Naht vereinigt, eine Verlängerung herbeiführen. Bei gewissen Sehnendefekten, wie sie namentlich bei Verletzungen, Phlegmonen u. s. w. vorkommen, kann man weit entfernte Sehnenstümpfe dadurch zur Vereinigung bringen, daß man sie mit Seiden- oder Katgutfäden verbindet. — Seggel (Histologische Untersuchungen über die Heilung von Sehnenwunden und Sehnendefekten. Beitrag zur klinischen Chirurgie 1903, Bd. 37) hat aufgrund seiner Erfahrungen, die er bei Operationen und bei Tierexperimenten gewonnen hat, festgestellt, daß einige Tage nach der Sehnendurchschneidung die Regeneration von den Stümpfen aus beginnt. Durch neugebildete Sehnenzellen werden die ursprünglich entstandenen Bindegewebszellen ersetzt; jedoch besteht der neugebildete Sehnenverbindungsstrang nicht nur aus Sehnengewebe, sondern repräsentiert teilweise Narbengewebe. Lange (Ueber periostale Sehnenüberpflanzungen bei Lähmungen, Münchener medizinische Wochenschrift) hat nachgewiesen, daß entlang den eingelegten Seiden- oder Katgutfäden neugebildete Sehnenzellen von einem Stumpfende zum anderen wuchern und daß die Zellen nicht nur um die Seidenfäden herum, sondern auch in dieselben hineinwachsen.

Bei allen Erkrankungen, wo es sich um eine Erschlaffung der Sehnen handelt, kann eine Verkürzung derselben ausgeführt werden. Von der einfachen Durchtrennung, Kürzung der Sehne und Wiedervereinigung ist man abgekommen. Vielmehr läßt man die Sehne in ihrer Kontinuität bestehen und verkürzt sie durch eine Raffnaht. (Schluß folgt.)

Zur Stillung von Hämorrhoidalblutungen nimmt Boas (Therapie der Gegenwart Juli 1904) rektale Injektionen von Chlorkalzium vor. Die Injektionen, die völlig schmerzlos sind und in der Regel auch sonst keine Reizerscheinungen machen, werden mit einer 20 g fassenden, gut geölten Mastdarmspritze am morgen nach dem Stuhlgang vorgenommen; die Flüssigkeit, die 10 Proz. Chlorkalzium enthält, wird einige Zeit zurückgehalten. Bei schweren Blutungen ist am abend eine zweite Injektion zu machen. Nach dem Aufhören der Blutungen sind die Injektionen noch eine zeitlang, in schweren Fällen 4 Wochen täglich, später 2—3mal wöchentlich fortzusetzen. Diese rektalen Injektionen leisten nicht nur bei Hämorrhoidalblutungen, sondern auch bei starken Hämorrhagien bei Mastdarmkarzinomen, auch bei porfusen Menorrhagien Dienste. Mißerfolge sind selten, es ist jedoch von Wichtigkeit, ein chemisch reines Salz zu verwenden, da sonst die Injektionen

Digitized by Google

erhebliches Brennen, Schmerzen und Tenesmus verursachen können. (Therap. Monatshefte.)

Ueber die Erkrankung des Mittelohrs bei Masern. Von Nadoleczny. (Aus dem Kinderspital München-Nord. Jahrb. f. Kinderheilk. 1904.)

Während einer Masernepidemie im Jahre 1903 hat N. 100 Fälle von Ohrerkrankungen beobachtet und untersucht. Die Resultate seiner und der bisherigen Untersuchungen sind folgende:

Der akute Mittelohrkatarrh und die akute exsudative oder perforative, also eiternde, Mittelohrentzündung sind die gewöhnlichsten Komplikationen der Masern. Sie entstehen hauptsächlich in den ersten zwei Wochen nach der Eruption, bisweilen schon im Prodromalstadium, weniger häufig erst zur Zeit der Desquamation. Auf Grund der bisherigen Kenntnisse muß man die Masernotitis als eine primäre nasogene ansehen. Ihre Entwickelung wird dann durch Erkrankungen der oberen Luftwege und der Lungen häufig befördert oder sogar erst veranlaßt, weshalb, wie bei anderen Infektionskrankheiten, auch hier der akute Schnupfen schonend und sachgemäß (ohne Nasenspülung) behandelt werden muß.

Was nun die Symptome und den Verlauf betrifft, so war die akute exsudative Mittelohrentzündung, sei es, daß sie zum Durchbruch des Trommelfells führte, sei es, daß sie spontan zurückging, stets von Schmerz und Fieber begleitet. Die Perforation bleibt meist stecknadelkopfgroß, seltener vergrößert sie sich bis zur totalen Destruktion der Membran. Die Dauer der entzündlichen Erscheinungen am Trommelfell betrug bei dem akuten Paukenhöhlenkatarrh durchschnittlich 11 Tage, die Dauer der Eiterung im Mittel 3 Wochen. Ausnahmslos gelang es, die leichten zu heilen und die Trommelfellperforation zum Verschluß zu bringen. — Die subakuten und akuten Mittelohrkatarrhe entwickeln sich im allgemeinen ziemlich symptomlos. Leichte Schmerzen wurden beim akuten Katarrh hier und da geklagt. Gewöhnlich aber haben weder Kind noch Eltern eine Ahnung von der Ohraffektion, denn die Hörstörungen sind meist nicht gerade auffällig und werden auch oft erst später beobachtet. Am Trommelfell findet man hierbei eine frische Gefäßinjektion, welche von der Shrapnellschen Membran zum Hammergriff herabzieht und bisweilen auch das eine oder andere Radiärgefäß betrifft. Die ganze Entwickelung des Prozesses vom katarrhalischen bis zum exsudativen Stadium geht meist langsamer vor sich als bei anderen genuinen Mittelohrerkrankungen. Auf jeder Stufe kann eine Rückbildung erfolgen.

Digitized by Google

Es erscheint zweifellos, daß durch eine rechtzeitig eingeleitete Behandlung dem Fortschreiten entzündlicher Prozesse Einhalt getan werden kann, sodaß eine Mittelohreiterung rechtzeitig vermieden wird.

Die Therapie der Morbillenotitis ist die gleiche wie bei der gewöhnlichen Mittelohrentzündung. Solange sie nicht perforiert ist, wird man versuchen, das Exsudat womöglich zur Aufsaugung zu bringen und Neuinfektion vom Nasenrachenraum aus zu vermeiden. Den ersten Prozeß erreicht man häufig durch warme Umschläge und vielleicht Einträufelungen von Karbol- oder Thymolglyzerin. N. bevorzugt das letztere und läßt von demselben in einer Konzentration von 0,1 : 50,0 zweistündliche Einträufelungen machen. Zur prophylaktischen Nasenbehandlung kann man nach Weiss 0,5% Lösung von Argentum nitricum in die Nase einträufeln lassen oder streicht Borsalbe oder Paraffinum liquidum den Kindern bei Rückenlage in die Nase ein.

Die Behandlung der Mittelohreiterung erfolgt entweder mittels Spülung mit warmer Borsäurelösung, nachheriger sorgfältiger Austrocknung und Einblasung von Borsäure oder mit der trockenen Drainage. Empfehlenswerter für die häusliche Behandlung sind Einträuflungen von Wasserstoffsuperoxyd in der gewöhnlichen oder in 6 vol.-proz. wässriger Lösung.

Rezidive der Mittelohreiterung bei Masern sind selten.

Unbehandelte oder vernachlässigte Fälle kommen dagegen häufig nicht zur Heilung oder aber sie hinterlassen beträchtliche Zerstörungen im Mittelohr und dementsprechende Schwerhörigkeit. (Der Kinderarzt.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder. Von Prof. J. Veit (Münch. med Wochenschr. 38/04). Die Stellungnahme der verschiedenen Geburtshelfer zu dieser Frage ist in einer gekrönten Preisschrift von Sippel neuerdings sehr fleißig zusammengestellt; er kommt zu dem Schluß, daß die Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter in bestimmten Fällen geboten sei. Die Erörterung der rechtlichen und ethischen Frage wird den Beifall jedes Unbefangenen davontragen; die wichtigste Entscheidung liegt aber in der Anerkennung oder Verwerfung der geburtshilflichen Anzeige.

Pinard hat sich in neuerer Zeit am entschiedensten gegen die Operation erklärt; er hat auf dem internationalen

Digitized by Google

gynäkologiſchen Kongreß in Amsterdam seine Ansicht ganz bestimmt dahin ausgesprochen: L'embryotomie de l'enfant vivant a vecu. Leider hat er aber seine Motive nicht sehr glücklich gewählt; die Erfolge seiner Symphyseotomien waren damals ſchlecht; er verlor bei 100 Operationen 12 Mütter und entließ nur 87 Kinder lebend. Außerdem aber hat er gleichzeitig die künstliche Frühgeburt verworfen und alle diejenigen Operationen beim engen Becken zurückgewiesen, welche gewaltsam ein mechaniſches Hindernis überwinden wollen, also die Anlegung der hohen Zange und die Ausführung der prophylaktiſchen Wendung. Er ſchuf sich damit noch mehr Gegner und es ist begreiflich, daß die Thesen der anderen Referenten die allgemeine Zustimmung fanden. Pestalozza erklärte die Perforation eines lebenden Kindes für eine Operation, die man vorläufig noch nicht aus der Reihe der geburtshilflichen Operationen streichen könne, und Leopold kam in dem von ihm eingesandten Referat zu dem Schluß, daß gut geleitete Kliniken die Operation zwar entbehren könnten, daß sie aber unter bestimmten Umständen in der Praxis noch geboten sei. Dies ist ungefähr die allgemeine Ansicht, gegen die sich aber V. sehr energiſch ausspricht.

Symphyseotomie und Kaiserſchnitt kommen als Konkurrenzoperationen in Frage; es liegt daher nahe, die Resultate vor allem der Symphyseotomie zu prüfen.

Aber die Statistik ist eine nicht sehr zweckmäßige Methode der Beweisführung, wenigstens hierbei: Zweifel selbst muß nämlich zugeben, daß in seiner Klinik die Mortalität der Perforation 4—5 Proz. ist, und Koblanck, der das große Material der Berliner Universitäts-Frauenklinik benutzt, berichtet, daß von 110 kliniſchen Perforationen 13 Mütter starben; die Mortalität betrug also 12,7 Proz.

Wenn man bei ſchon eingetretener Ruptur oder bei ſchon erfolgter Infektion die Wendung noch vornimmt, so ist der ungünstige Ausgang nicht der Wendung zur Last zu legen. Es mag ja für den Statistiker ein gewisses Interesse haben, zu erfahren, wie oft man unter diesen Umständen noch die Wendung versuchte und wie oft der Tod diesem Versuch folgte; es würden aber ganz falſche Vorstellungen in der Geburtshilfe entstehen, wenn man diese Todesfälle der Wendung zur Last legte. Der Anfänger in der Geburtshilfe würde darin eine Entſchuldigung dafür finden, wenn es ihm vielleicht zustieße, daß er bei der Wendung den Uterus zerreist und dadurch eine Gebärende verliert. Sowenig der Chirurg jetzt an der Herniotomie einen Patienten verliert, sondern nur bei ſchon eingetretener Darmgangrän den Kranken nicht mehr immer retten kann, sowenig verliert der Geburtshelfer an der Wendung an sich eine

Digitized by Google

Kreißende, wenn er auch bei schon kompletter Ruptur nicht mehr durch die Wendung stets die Kranken retten kann.

V. meint, es steht mit der Symphyseotomie ganz ebenso; die 7 Proz. von Zweifel fallen nicht der Operation zur Last; wenn es ihm gelang, 35 Operierte hintereinander zu heilen, so ist die Operationsprognose gut. Nur solche Fälle gehen zugrunde, die schon vorher infiziert waren oder die zufällig bei der Operation durch irgend ein vermeidbares Versehen infiziert wurden.

Die Symphyseotomie steht jetzt in dieser Beziehung der Perforation völlig gleich. Auch nach der Perforation sterben noch Mütter, z. B. an vermeidbaren Verletzungen. Diese Fälle werden aber in der idealen Statistik der Perforation, die Zweifel seiner realen Statistik der Symphyseotomie gegenüberstellt, nicht mitgezählt.

Niemand wird leugnen wollen, daß man durch einen unglücklichen Zufall einmal eine Patientin nach der Symphyseotomie sterben sieht; eine an sich vermeidbare Wundinfektion kann hierzu führen. Niemand wird deshalb den Operateur in Anklagezustand versetzen wollen, aber tatsächlich fällt ein solcher Todesfall dem Operateur oder seinen Assistenten, aber nicht der Operation zur Last. Ob die drei Todesfälle Zweifels in die Kategorie derjenigen Fälle zu rechnen sind, die schon vorher infiziert (also auch durch die Perforation des lebenden Kindes nicht mehr zu retten) waren, oder in die Kategorie der bei der Operation infizierten, ist unbekannt; aber wie dem auch sei: die Symphyseotomie ist an sich eine ebenso lebenssichere Operation wie die Perforation.

Auch mit dem Kaiserschnitt steht es nach V. ganz ebenso. Die Operierten heilen, wenn sie nicht infiziert sind oder wenn sie sich nicht verbluten. Wenn man dem Kaiserschnitt immer noch eine Mortalität von 5—10 Proz. anrechnet, so entspricht das allerdings den realen Verhältnissen. Der größte Teil stirbt an Infektion, die entweder schon vor der Operation erfolgt war oder die man während der Operation nicht vermieden hat. Würde man mit Sicherheit erkennen, daß schon eine Infektion vorliegt, so würde man entweder den Kaiserschnitt unterlassen, wenn dies möglich ist, oder die Porrosche Modifikation schnell vornehmen. Die Vermeidung der Infektion bei der Operation halten wir heutztage für möglich und zwar für so sicher, daß wir an sich nicht mit einer Mortalität aus dieser Quelle zu rechnen haben. So ist also der Tod an Infektion jetzt beim Kaiserschnitt vermeidbar und die obige Ziffer von 5 bis 10 Proz. ist nicht so zu verstehen, daß nun ohne weiteres jeder Operateur berechtigt ist, diese Mortalität zu er-

Digitized by Google

reichen. Sie erklärt sich im wesentlichen daraus, daß man noch nicht imstande ist, mit Sicherheit zu erkennen, ob ein Uterus schon vor der Operation infiziert ist; wir erkennen zwar das Vorhandensein von Saprophyten aber bis jetzt noch nicht sofort während der Operation die Anwesenheit von Streptokokken im Uterus. Auch die Verblutung als Todesursache ist vermeidbar. Die Furcht vor einer leichteren Möglichkeit der Verblutung beim Kaiserschnitt verkennt, daß der gefahrdrohende Blutverlust nicht aus der Schnittwunde des Uterus stammt, sondern in der Atonie seine Ursache hat; diese tritt aber nur ein, wenn man wehenlos oder mit Konstriktion der Cervix operiert, oder die Narkose zu tief ist, oder endlich wenn der Uterus auch ohne Kaiserschnitt atonisch geworden wäre. Sicher kann man aber die Atonie beherrschen, wenn nicht anders, so nach Wyders Vorschlag durch die Porrosche Modifikation des Kaiserschnittes.

Allerdings wird man einem zweiten Bedenken noch entgegenzutreten haben: die Prognose unserer Eingriffe ist im Privathause viel schlechter als im gut geleiteten Krankenhaus und besonders wird Kaiserschnitt und Symphyseotomie im Privathaus sicher ungünstiger verlaufen als eine Perforation.

V. verzichtet auf das Privathaus, er transportiert die Kreissende in ein geeignetes Krankenhaus.

Der Transport von 2—3 Stunden schadet nicht und wir haben in jeder Stadt kleinere Privatkrankenhäuser, die dem Arzte den Gebrauch des Operationsraums gestatten. Auch haben wir genügend Spezialisten für Geburtshilfe und Gynäkologie, welche sich selbst Kliniken eingerichtet haben, in denen sie die Kreissende operieren können, wenn sie der Schwierigkeit der Entbindung halber konsultiert sind; so gut, wie wir in der Privatklinik die schwierigsten gynäkologischen Eingriffe vornehmen, so gut werden wir uns auch gerne entschließen, zur Rettung eines Kindes die zu operierende Kreissende aufzunehmen.

Die Indikationen, die bisher für die Perforation des lebenden Kindes galten, sind die drohende Uterusruptur, die Zersetzung des Uterusinhaltes und die Infektion des Genitalkanals, sowie endlich die Unmöglichkeit, eine versuchte oder beabsichtigte Zangenoperation zu beenden.

Eine Uterusruptur macht vor ihrem Eintritt bekanntlich recht verschiedenartige Symptome. In einzelnen Fällen erfolgt sie ganz unvorbereitet und beinahe symptomlos; wenn man aber Zeit hat, die Diagnose darauf zu stellen, daß eine Ruptur droht — Dehnung des unteren Uterinsegmentes — so kann man leicht die Fälle in solche trennen, in denen

Digitized by Google

die Wehen nicht abnorm stark sind, und in solche, in denen die Wehen eine stürmische Gewalt entfalten; die ersteren Fälle lassen sicher einen längeren Transport zu, jedenfalls ist er viel weniger gefährlich, als der „Versuch" der Entbindung durch Wendung oder Zange. Aber auch die Fälle der zweiten Kategorie mit der stürmischen Wehentätigkeit erlauben den Transport in viel größerer Ausdehnung, als man denkt; natürlich besonders dadurch, daß man durch die bessere Ausbildung der Hebammen früher die Gefahr erkennt, dann aber auch dadurch, daß man durch Narkotika in dreister Dosis die Wehen zeitweise mäßigt und vor allem die unwillkürliche Aktion der Bauchpresse ausschließt. Man lehre nur erst einmal die Hebamme, bei drohender Uterusruptur den Transport anzuraten, man wird meist viel Zeit sparen. Die Hebamme muß natürlich einen Arzt herbeirufen, um zu entscheiden, ob ein Transport noch möglich ist und um das Narkotikum zu geben. Nur ein ganz geringer Bruchteil von stürmischer Wehentätigkeit bei drohender Ruptur, der durch irgend einen Fehler zu spät erkannt ist, wird dann noch zur Perforation eines lebenden Kindes Veranlassung geben; die zu späte Diagnose ist aber ein vermeidbares Versehen.

Die Zersetzung des Uterusinhaltes oder die Infektion des Uterus wird an sich nicht gegen den Transport in ein Krankenhaus sprechen. Hier liegen doch die Verhältnisse so, daß mit der Entleerung des Uterusinhaltes die Gefahr geschwunden ist, wenn es sich nur um Saprophyten handelt, und es ist klar, daß, wenn einmal Saprophyten im Uterus sind, es auf den Aufenthalt von 1—2 Stunden mehr nicht ankommt. Liegt dagegen eine Infektion mit pathogenen Keimen vor, so wird man die Kranke auch durch die Perforation sicher nicht retten.

Bei Erfolglosigkeit der Zangenoperation scheint nach V.'s Erfahrungen der Transport am dringendsten erforderlich. Es ist ohne weiteres klar, daß nach wiederholten vergeblichen, aber meist sehr forcierten Zangenversuchen die Aussicht auf ein lebendes Kind verschwunden ist; mögen die Herztöne auch noch vorhanden sein, das Kind geht an den Schädelverletzungen zugrunde, weil das Atmungszentrum nicht funktioniert. Läßt man also bei dringender Gefährdung des Lebens der Mutter den Zangenversuch als erlaubt weiter zu, so wird man wenig Erfolg erreichen; die Versuche werden weiter gemacht werden, die Kinder werden, wenn auch noch mit Herzschlag, aber nicht atmungsfähig geboren und diese könnten ruhig perforiert werden. Aber wenn man erst die „schweren" Zangen und besonders diese sogen. Zangenversuche aus dem Privathause in die Klinik bringt, in der alle

Digitized by Google

Hilfsmittel zur Verfügung stehen, dann wird die unsichere Zangenoperation verschwinden; mancher erfahrene Geburtshelfer wird auch ohne den Versuch erkennen, daß die Zange aussichtslos ist, und damit wird dann der Symphyseotomie das gegeben werden, was der Zange entzogen werden muß. V. sieht ganz ab von den unglücklichen Fällen, in denen ein unerfahrener Geburtshelfer, in der Meinung, er habe es mit günstigen Verhältnissen zu tun, ohne dringende Indikation zur Zange greift, um bequem die Kreissende zu entbinden, aber zu spät seinen Irrtum erkennt und schließlich das Kind perforieren muß, nur weil er zu früh operierte. Derartige Fälle kommen leider vor; sie werden aber immer seltener werden, je besser unsere Geburtshelfer ausgebildet werden; schon jetzt gehen die meisten Aerzte erst in die Praxis, nachdem sie auf der Universität mehrere geburtshilfliche Operationen unter Aufsicht gemacht, sich daher praktisch ein Urteil über die Schwere der Zangenoperation gebildet haben. Aber abgesehen hiervon werden auch die anderen Fälle von Perforation wegen vergeblicher Zangenversuche vermieden werden, wenn man rechtzeitig den Fall richtig beurteilt, die Kreissende in ein gutes Hospital schafft und vor allem den Zangenversuch nicht forciert, sondern rechtzeitig aufgibt. V. glaubt also, daß weder aus der Statistik noch aus der Erwägung der Indikationen die Perforation des lebenden Kindes noch Existenzberechtigung hat, vorausgesetzt, daß man alle voraussichtlich einigermaßen schwierigen geburtshilflichen Operationen in geeigneten Krankenhäusern vornimmt.

V. hat unter etwa 8000 Geburten die Operation niemals ausgeführt oder ausführen lassen und hofft, daß sie auch fernerhin bei lebendem Kinde nicht nötig sein wird. Als Mittel, zu diesem Ziele zu gelangen, empfiehlt er, neben der Ueberzeugung von der Möglichkeit der Vermeidung der Operation, den Transport aller gefährdeten Kreissenden aller Stände in gut eingerichtete Kliniken, in denen man ohne Gefährdung der Mutter die anderweite entbindende Operation vornehmen kann.

1) **Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses.** Von Karl Hegar. (Münch. med. Wochenschrift. 1903, No. 44.) 2) **Ueber die Naht des frischen Dammrisses.** Von J. Klein. (Straßb. med. Ztg. 1904, No. 1.) 3) **Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses.** Von Const. J. Bcura. (Münch. med. Woch. 1904, No. 1.) Im Gegensatz zu den meisten Gynäkologen, welche eine möglichst exakte Vereinigung eines jeden frischen Dammrisses fordern bekennt sich Hegar zu dem Prinzip,

Digitized by Google

nur diejenigen Risse zu nähen, welche die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen und gefahrlosen Heilung bieten. Dieses trifft nicht zu bei Rissen, bei denen stärkere Quetschungen und Sugillationen bestehen, hier ist eine prima intentio unwahrscheinlich, eine primäre Vereinigung daher kontraindiziert, dasselbe gilt von Rissen, welche das Septum rectovaginale durchtrennen (Dammrisse 3. Grades) und endlich von denen, bei denen infolge einer langwierigen Entbindung Temperatursteigerung besteht als Zeichen einer stattgehabten Infektion; endlich darf, falls wir auf eine primäre Vereinigung rechnen wollen, vor der Entbindung kein auf Endometritis oder Kolpitis zurückzuführender Ausfluß bestanden haben, vor allem müssen aber die äußeren Verhältnisse derartige sein, daß die Operation mit allen Kautelen der Asepsis durchgeführt werden kann. Treffen diese Bedingungen nicht zu, so soll man, besonders bei Dammrissen 3. Grades, auf eine primäre Naht verzichten und ca. $^1/_4$ Jahr nach der Entbindung durch eine gefahrlose und sichere Operation Heilung zu erzielen suchen. Als Gründe für sein abweichendes Verfahren gibt Hegar 1. die Häufigkeit von Spontanheilungen, besonders in Bezug auf das funktionelle Resultat an (77,2 Proz. in den von ihm beobachteten Fällen), besonders aber die auch auf der Chrobakschen Klinik beobachtete Tatsache, daß schwere Fieberzustände bei genähten Dammrissen viel häufiger eintreten, als bei exspektativem Verfahren, sodaß Hegar zu dem Schluß kommt, daß eine primäre Naht bei Verletzungen des Introitus vaginae eine Prädisposition zu schwerem Fieber gibt. Die Episiotomie, den prophylaktischen Scheidenschnitt zur Verhütung des Dammrisses, verwirft Hegar. Daß diese Hegarsche Ansicht nicht ohne Widerspruch bleiben konnte, ist natürlich, gilt es doch als Schulregel, jede Verletzung, welche durch die Entbindung entsteht, möglichst exakt zu vereinigen, nach den Hegarschen Grundsätzen würden sich aber in der Privatpraxis nur wenige Fälle für die Ausführung einer primären Dammnaht eignen. So verwerfen denn sowohl Klein wie Bucura die Hegarsche Forderung. Klein stützt sich auf das Resultat von 128 Fällen, in denen er in der Privatpraxis die Dammnaht primär ausführte und von denen 96 Proz. per primam heilten, trotzdem bei einigen im Spätwochenbett Fieber auftrat. Gerade die Dammrisse 3. Grades heilten alle. Die Dammnaht soll nach Klein nur unterbleiben, wenn während der Geburt bereits ganz untrügliche Zeichen einer hochgradigen Infektion auftreten. Die Absage von Bucura ist aber deshalb besonders bemerkenswert, weil sie aus der Chrobakschen Klinik kommt und ihr das Material zu Grunde liegt, auf das sich z. T.

Digitized by Google

Hegar beruft, um seine Forderungen zu stützen. Bucura weist im Gegenteil nach, daß, wenn auch Wöchnerinnen mit verletztem Introitus mehr gefährdet sind, als mit intaktem, man hieraus nicht schließen darf, daß das Vernähen der stattgehabten Einrisse gefährlicher sei, als das Offenlassen derselben. Unter 313 spontanen Dammrissen im Jahre 1901 heilten 279, d. i. 89,2 Proz., tadellos per primam, und nur in 18 Fällen, d. i. in 5,7 Proz., trat ein Mißerfolg ein. Von diesen 313 Fällen waren 290 afebril, 8 zeigten leichte Temperatursteigerung, 12, davon 7 der nicht geheilten Dammrisse, höheres Fieber. In den seltensten Fällen war also eine Sekundärnaht nötig. Bucura kommt zu dem Schluß, daß, wenn die Unterlassung der Naht also auch nicht immer einen Kunstfehler involviert, so ist doch kein Grund vorhanden, von der alten, bewährten Regel abzusehen, jede Verletzung, die nicht direkt eitert, durch die Naht zu schließen. (Therap. Monatshefte.)

Spätfolgen des Entbindungs-Verfahrens mit schneller, mechanisch-instrumenteller Muttermunds-Erweiterung Von Dr. Heinrich v. Bardeleben, Assistenzarzt an der Universitätsfrauenpoliklinik der kgl. Charité. (Archiv für Gynäkologie 1904, 73. Bd., 1. Heft.) Zur Beurteilung der Spätfolgen bei dem Bossischen Dilatationsverfahren richtet B. zunächst sein Augenmerk auf die während oder infolge der Dilatation auftretende Wehentätigkeit. Er konstatierte dabei, daß die Wehentätigkeit mit der Dehnung nicht Schritt halte. Kräftige Wehen, und zwar Preßwehen, treten erst bei stärkerer Erweiterung auf; bisweilen bleibt aber auch jede Wehentätigkeit aus. Es ist also die Erweiterung durch den Dilatator eine mechanische Dehnung und hierbei ist der partielle seitliche Druck der erste Uebelstand. Deshalb muß zur Ueberwachung des gedehnten Muttermundes stets mit dem Finger nachgetastet werden. Die digitale Kontrolle ist aber nur bei einer beschränkten Anzahl von Dilatatorarmen möglich. Die häufigste und unheimlichste Art der Risse entsteht durch Ueberdehnung und deshalb plötzlich, und in großer Ausdehnung. Diese typischen Dilatationsverletzungen fallen daher dem Prinzip und nicht dem Instrument zur Last, wenn auch manchmal Drukusuren Veranlassung zu Rissen geben. Ein bestimmtes Kriterium fehlt nun bei der mechanischen Dilatation, um die Ueberdehnung rechtzeitig zu erkennen. Noch schlimmer aber ist trotz glattem Gelingen der Erweiterung das plötzliche Kollabieren des Muttermundes nach Entfernung des Instrumentes. Erfolgt nun trotzdem die rasche Entbindung, so sind Risse am Cervikalteile unvermeidlich. Diese

Digitized by Google

bedingen nicht nur eine unmittelbare Gefahr, sondern zeitigen später unangenehme Folgeerscheinungen. Wenn auch die Anschauungen über die Dignität der Risse verschieden sind, so steht doch das eine fest, daß eine Rißwunde stets zur Narbenbildung führt und daß die durch Narbenbildung entstandenen Störungen die Folgen der ursprünglichen Verletzung sind. Um über die Häufigkeit der Verletzungen des untersten Gebärmutterabschnittes und der damit zusammenhängenden Veränderungen einen annähernden Begriff sich zu bilden, untersuchte B. 447 Frauen, die entbunden hatten und meist wegen Beschwerden die Poliklinik aufsuchten. Es fanden sich darunter 88 Patientinnen mit Rissen, d. h. 19,5 Proz. Für kleinere Portiorisse beträgt der Prozentsatz 11,9; für größere Risse 7,9 und zwar für große Portiorisse 4,9 und für Cervixrisse 2,9. Endomitritis fehlt bei Cervixrissen nur selten. Laterale Parametritiden finden sich ebenfalls sehr häufig bei Frauen mit größeren Rissen. Von den zehn Frauen, die mittelst schneller mechanisch instrumenteller Dilatation von B. entbunden wurden, scheiden vier aus; ein Fall von Placenta praevia, bei welchem die Dilatation abgebrochen werden mußte und je ein Fall von Phthisis progressa, von inkompensiertem Herzfehler und von schwerer Eklampsie, welche alle drei ihren Leiden nach einiger Zeit erlagen. Bei zwei Autopsien konnte je ein Cervixriß konstatiert werden, wovon einer bis ins linke Parametrium reichte. Bei den übrigen sechs Dilatationsfällen, die kurz geschildert werden, fand die Nachuntersuchung durchschnittlich nach fünf Monaten statt; viermal zeigten sich Cervixrisse, einmal doppelseitige große Portiorisse und einmal eine ausschließlich in der Pars supravaginalis cervicis gelegene ungewöhnliche Verletzung. Die Cervixrisse waren zweimal rein einseitig, je einmal rechts und hinten, zweimal gemischt einseitig, und zwar je einmal mit einem linksseitigen großen Portioriß und einem rechtsseitigen kleinen Portioriß gepaart. Alle Frauen mit Cervixrissen haben parametrische Schwielen. Eine Frau hatte nur bei den Menses Schmerzen in den parametranen Strängen und eine andere beim Wachstum des graviden Uterus; bei den übrigen sind die Beschwerden auf die Parametritis zu beziehen. Menorrhagien waren zweimal vorhanden. Konzeption erfolgte einmal nach $^1/_2$ und einmal nach $^3/_4$ Jahren. Eine Frau abortierte. Die Naht der frischen Cervixrisse würde keine günstigeren Resultate schaffen, um eine retrahierende Parametritis zu vermeiden. Einzig und allein richtig ist die Verhütung der Cervixzerreissungen intra partum. Es müssen deshalb die Entbindungsverfahren mit schneller mechanisch-instrumenteller Muttermundserweiterung aufgegeben werden.

Digitized by Google

Der Metalldilatator ist durch den unelastischen Ballon zu ersetzen. Sollte die Erweiterung des Muttermundes nicht gelingen, so wären Cervixinzisionen zu machen. Bei unnachgiebigem Orificium resp. erhaltener Cervix kommt der vordere Cervixschnitt nach Rühl und Bumm oder der vaginale Kaiserschnitt nach Dührssen in Frage.

Welche Aufgaben haben der praktische Arzt und die ärztliche Wissenschaft dem Gebärmutterkrebs gegenüber? Von Prof. A. Dührssen (Berlin). (Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 24.) D. rät dem Arzte, jeden Ausfluß und jede Blutung für karzinomverdächtig anzusehen und diesen Gedanken erst fallen zu lassen, wenn eine genaue Untersuchung ergeben hat, daß Karzinom nicht vorliegt. Mit Recht betont er, daß die Verantwortung des Arztes gegenüber dem Karzinom gewaltig gestiegen ist, da es, frühzeitig operiert, geheilt werden kann. Um die Frühoperation zu ermöglichen, hält auch er es für geboten, die gesamte Frauenwelt über die Heilbarkeit und die Frühsymptome des Uteruskarzinoms aufzuklären. Zu diesem Zweck empfiehlt er billige, populäre Broschüren, Aufklärungen durch die Tagespresse, Bekämpfung des Kurpfuschertums, wie auch in den Tageszeitungen zu veröffentlichendes Verbot der Behandlung von Frauenkrankheiten durch die Hebammen, kurze Thesen, welche durch die Standesämter den eine Geburt anmeldenden Personen zu übergeben wären. Zum Teil sind diese Vorschläge, wie bekannt, bereits von Winter zur Ausführung gebracht.

D. gibt dann die kurzen Sätze über Gebärmutterkrebs wieder, welche er bereits 1899 in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht hat. Er hält sie für eine allgemeine Verbreitung geeigneter als die Winter'schen Ausführungen, weil sie kürzer sind. Er bemerkt, daß seiner Ansicht nach auch eine frühzeitigere Erkennung des Eierstockskrebses, der malignen Entartung von Myomen durch entsprechende Aufklärung der Aerzte und des Publikums zu erreichen sei. Alle Frauen mit Magenbeschwerden, zumal wenn sie an Körpergewicht und Kräften abnehmen, müßten gynäkologisch untersucht werden. Er schließt seine Ausführungen mit einem neuen, von ihm verfaßten „Merkblatt über den Gebärmutterkrebs."

Verschiedenes.

Ueber Spiritusverbände mit Duralcelbinden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände. Von Dr. med. Albert Kaiser (Dresden-A.) (Therap. Monatshefte, Mai 1904.)

Digitized by Google

K. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Der durch ungemein zahlreiche praktifche Versuche und Erfolge bewiesene Nutzen der Alkoholverbände bei einer großen Zahl chirurgifcher, aber auch innerer Krankheiten, deren günstige Wirkung auch theoretifch erklärt ist, ist bisher noch lange nicht genügend gewürdigt und der Alkoholverband therapeutifch noch zu wenig verwendet worden. Hinderlich der häufigen Verwendung war wohl die bisher relativ umständliche und zeitraubende Art der Anwendung.

Durch die Einführung der Duralcolbinden ist die Anwendung eine bequemere, für den praktifchen Arzt leicht durchzuführende geworden. Besonders ist neben der bequemen, sauberen, fchnellen Anlegung des Verbandes die längere Dauer der Feuchtigkeitswirkung zu nennen, die ein 8- resp. 12stündiges Nachgießen des Alkohols unnötig macht.

Die von der Chemifchen Fabrik Helfenberg A.-G. hergestellten gebrauchsfertigen Alkoholverbände aus festem Alkohol, „Duralcol"-Binden genannt, bestehen aus Binden von 6 cm Breite, die mit 94proz. Alkohol getränkt sind, dem durch Bindung an eine neutrale Seife eine feste Form gegeben ist. Diese sofort gebrauchsfertigen Alkoholbinden werden in fest verfchlossenen Blechkapseln in den Handel gebracht, die den Alkohol nicht verdunsten lassen.

Unerwünfchte Nebenwirkungen hat die Kombination von Alkohol und Seife nie gezeigt.

Die Wirkung der Duralcolbinden ist bei richtiger Anwendung dieselbe wie die der Spiritusverbände Salzwedels.

Behandlung der Nachtschweisse der Phthisiker nach L. Weil. Die lokale Behandlung ist der inneren Medikation bei weitem vorzuziehen. Waschungen mit Spiritus formic. haben sich sehr gut bewährt; dabei ist von zu energifchem Reiben abzusehen. Diese Behandlung ist absolut unfchädlich und nach 6 bis 7 Applikationen sind viele Patienten oft für mehrere Wochen von ihrem lästigen Schwitzen befreit.

Formalin ist ebenfalls ein sehr gutes Mittel. Es wird mit einem Pinsel aufgetragen und etwa $^1/_4$ der Körperoberfläche damit bepinselt. Während der Applikation muß das Gesicht zur Schonung der Luftwege bedeckt werden. Eine Pinselung alle drei oder vier Tage genügt in den meisten Fällen. Einige Autoren haben Einpudern mit Tannoform empfohlen. Man verwendet zu diesem Zweck eine Mifchung aus 1 Teil Tannoform und 2 Teilen Talk. Dieses Pulver wird mit der Hand auf Bauch, Hals, Rücken eingerieben. Morgens und abends werden Waschungen mit Branntwein gemacht. Doin verwendet eine Formalinseife, die etwas weniger wirksam ist. Der Rumpf wird während einer Minute mit der Seife, darauf mit einem nassen Handtuch eingerieben und fchließlich sorgfältig abgetrocknet. Als Arzneimittel für den inneren Gebrauch empfiehlt Weil das Jodagaricin in Dosen von 0,1, abends beim zu Bette gehen. — (Mediz. Corr.-Blatt, 21. Mai. Rev. thérap. mediz.-chirurg. No. 12.)

Digitized by Google

Die Verabreichung des Chinins bei Kindern geschieht nach Bode auf folgende Weise sehr leicht: Man mischt in einem Mörser Chin. sulfur. 1,0 mit Ol. Olivar. 8,0; 20 Tropfen der Mischung enthalten 0,05 des Chininsalzes. Bringt man nun in einen zur Hälfte mit kalter versüsster Milch gefüllten Esslöffel eine bestimmte Anzahl von Tropfen dieser Mixtur, so bildet sich in der Mitte der Milch und an ihrer Oberfläche eine Linse. Da jedes Chininteilchen nun in Oel gehüllt ist und wie eine kleine Pille über die feuchte Mundschleimhaut gleitet, so schluckt das Kind den Inhalt des Esslöffels ohne Widerwillen. Zweckmässigerweise lässt man einen Schluck einer Flüssigkeit nachtrinken.

Ein neues Gleitmittel für Katheter und Bougies empfiehlt Strauss (Monatsschr. f. Harnkrankh., 1904, No. 1). Er gibt folgende Formel an: Tragacanth. 1,5, tere cum aqua frigida 50,0, adde Glycerin. ad 100,0, coque ad sterilisationem; adde Hydrarg. oxycyanat. 0,2 (Formalin 0,1). Dadurch erhält man ein Gleitmittel von dickölіger Konsistenz, reizlos, schlüpfrig und sicher antiseptisch. Das statt des Oxycyanats anwendbare Formalin in der Konzentration von 0,1 Proz. leistet denselben Dienst.

Die älteste Aerztin, über deren Persönlichkeit urkundliche Ueberlieferungen vorhanden sind, war Antiochis aus der kleinasiatischen Stadt Tlos. Heraklid aus Torent soll ihr einige seiner Werke über Naturgeschichte und über die Eigenschaften der Medikamente gewidmet haben. Der berühmte Galen (131—200 n. Chr.) nennt sie die Erfinderin von Umschlägen gegen Schmerzen in der Milz, gegen Wassersucht, Hüftweh und Gicht. Kürzlich wurde nun in den Ruinen der alten Stadt Tlos der Sockel eines Standbildes aus dem 2. Jahrhundert n. Chr. gefunden, auf dem noch folgende Inschrift zu entziffern war: „Der Rat und die Gemeinde der Stadt Tlos liessen diese Statue auf ihre Kosten errichten für Antiochis, die Tochter des Diototos aus Tlos, als Anerkennung für ihre ärztliche Geschicklichkeit.“ Es ist bezeichnend für die freie Richtung der altgriechischen Kultur, dass auch ein weiblicher Arzt von den ersten Autoritäten seiner Zeit voll und ganz anerkannt wurde.

Eine Partie guterhaltener medizinischer

Zeitschriften und Bücher

sind zu sehr mässigen Preisen abzugeben.

Verzeichnisse zu Diensten.

Schnitzler'sche Buchhandlung, Wetzlar.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 11. XLIV. Jahrgang. 25. Nov. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schnitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Ueber Bismutose. Ueber Trypanosomenkrankheit. — Ueber die Phosphaturie. Zur Epityphlitisfrage. Welche Vorsicht lehren uns die Antipyretica? Die Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten. — Ueber chirurgische Eingriffe an den Sehnen. (Schluß). Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden. — Ueber Placenta praevia. Zur Wendung aus Querlage auf das Beckenende. Ueber Uterusruptur. Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau. Kussmaul's Methode zur Stillung übergroßer menstrueller Blutungen. — Anzeige.

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber Bismutose schreibt Dr. Felix Nathan-Berlin (Archiv für Kinderheilkunde, XXXIX. Band) nach Erfahrungen im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus bei einem Material von mehreren hundert mit Bismutose behandelten Fällen. Die Bismutose, seit ungefähr vier Jahren von der Firma Calle u. Co., Biebrich am Rhein, auf den Markt gebracht, ist ein Eiweiß-Wismutpräparat, enthält 21,7 Proz. metallisches Wismut und bildet ein staubfeines, nicht zusammenballendes, gelbweißes Pulver, das geruch- und geschmacklos ist und, dem Lichte ausgesetzt, sich langsam schiefergrau und zuletzt schwarz durch Ausscheidung von Wismutoxydul färbt (Fuchs). In reinem Wasser und wässrigen Flüssigkeiten quillt das Präparat sehr stark auf, es vermag das zwei- bis dreifache Gewicht Wasser zu verschlucken, fühlt sich aber trotzdem nur wenig feucht an, bleibt krümlich und gibt beim Verdünnen Emulsionen. Das Präparat soll vor dem Bismutum subnitricum vier Eigenschaften voraus haben: 1. die Fähigkeit, mehr Salzsäure zu binden, 2. geringere Toxizität, 3. es wirkt nachhaltender adstringierend, 4. es hat nicht den metallischen Geschmack des Magisterium Bismuti und reizt Magen- und Darmschleimhaut nicht.

Die Bismutoseliteratur ist bereits umfangreich.

Digitized by Google

Das Mittel wurde überall da gegeben, wo früher Bismutum subnitricum als Adstringens angezeigt war, also bei Dyspepsien, akuten, subakuten und chronischen Enteritiden, teilweise auch bei katarrhalischen Affektionen des Dickdarms. An Flaschenkinder wurden die Pulver dispensiert im Teelöffel mit Haferschleimbeimischung oder dünner Teelösung gegeben. Dieses Verfahren hatte den Nachteil, daß bei der verhältnismäßig großen Einzelmenge (0,5—1,0 g) die Masse im Teelöffel — in kalter Lösung mehr wie in warmer — zu dickbreiig und klumpig wurde und daher den Säuglingen schlecht beizubringen war. Am zweckmäßigsten erschien deshalb die Methode, die Tagesmenge, gewöhnlich 6,0 g, in 30 cm^3 einer dünnen, reinen Haferschleimmischung zu mengen und von dieser dem Patienten zweistündlich nach kräftigem Umschütteln der Flasche etwas angewärmt einen Teelöffel zu geben. Es empfiehlt sich, das Mittel in dieser Form kurz „vor der Flasche" zu geben; bleiben Teile der Substanz in der Mundhöhle zurück, so werden diese darnach durch die Nahrung herabgespült. N. hält es für unpraktisch, den Säuglingen die verschiedentlich empfohlenen großen Dosen zu geben. Erstens ist die Verabreichung großer Dosen eines unlöslichen Pulvers in der Säuglingspraxis immer unangenehm und, wenn irgend möglich, zu vermeiden, und zweitens erreicht man mit kleineren Dosen — 0,5—1,0 zweistündlich — denselben Effekt wie mit den doppelten Mengen. Die Ordination geschah gewöhnlich in der Form, daß bei schwer dyspeptischen Kindern und auch bei solchen mit Enteritis acuta zunächst durch Teediät, durch Darmirrigationen, eventuell durch Anwendung von Ol. Ricini oder auch kleiner Kalomeldosen die akuten katarrhalischen Symptome gelindert wurden. Erst am dritten oder vierten Tage wurde dann Bismutose in den oben angegebenen Dosen gereicht. Das Mittel wurde fast ausnahmslos gut genommen; Erbrechen darnach kaum beobachtet; irgend welche toxische Wirkungen, irgend welche Symptome, die gezwungen hätten, das Mittel auszusetzen, waren in keinem Falle vorhanden. Die adstringierende Wirkung der Bismutose trat meistenteils prompt ein. Wenn der Erfolg auch nicht bei allen Fällen gleich war und manche Patienten auf das Mittel nicht reagierten, so wurden doch im allgemeinen die Stühle seltener, konsistenter und weniger schleimhaltig unter gleichzeitigem Nachlassen des Erbrechens, kurz, die erwartete therapeutische Wirkung blieb selten aus. — Die Schwarzfärbung der Stühle erfolgte manchmal nach 6—12 Stunden. — Im mikroskopischen Stuhlpräparat erschienen die schwarzen Punkte als amorphe, unregelmäßige Schollen von wechselnder Größe. Auch bei Darmkatarrhen älterer Kinder aus der poliklinischen

Digitized by Google

Praxis wurde in einer ziemlich großen Anzahl ambulatorisch behandelter Fälle, bei denen die teilweise schon seit Wochen bestehenden, häufigen dünnen Ausleerungen von den Eltern, vielfach auch ärztlicherseits mit den verschiedensten Mitteln bekämpft worden waren, nach Ordination von Bismutose als Schachtelpulver ʃ(zweistündlich eine gehäufte Messerspitze) nach kurzer Zeit vollständige und dauernde Heilung erreicht.

In der Berliner Medizinischen Gesellschaft sprach nach seiner Rückkehr Robert Koch **Ueber die Trypanosomenkrankheit**. Als Erreger gewisser Krankheiten sind Lebewesen aus der Klasse der Protozoen entdeckt. Der erste Schritt auf diesem Gebiete ist die Entdeckung der Malariaplasmodien. Dann ist es Smith gelungen, die Erreger des Texasfiebers zu finden, winzig kleine, im Innern der roten Blutkörperchen lebende Gebilde, die man Piroplasmen genannt hat. Während bei der Malaria die Uebertragung von Individuum zu Individuum bekanntlich durch Moskitos geschieht, gelang es, als Zwischenwirt der Piroplasmen die Zecken nachzuweisen, Die Erreger der Tse-Tse-Kranheit hat Ross gefunden, es sind zur Klasse der Trypanosomen gehörige Parasiten, welche durch eine Stechfliege Glossina übertragen werden. Auf diesen 3 Hauptentdeckungen bauen sich dann eine große Zahl von Untersuchungen über ähnliche Erkrankungen auf, die zum größten Teil bei Tieren, und zwar namentlich Haustieren, zum kleineren Teil bei Menschen, soweit bisher bekannt nur in den tropischen Gegenden, vorkommen. Die wissenschaftlich-wirtschaftliche Bedeutung der Protozoenkunde ist eine große. Der Körper der Trypanosomen hat eine fischartige Form und trägt an der einen Seite eine undulierende Membran. Die Vermehrung der Trypanosomen erfolgt durch Längsteilung. Sehr häufig bleiben die geteilten Individuen noch aneinander haften und gehen immer weitere Teilungen ein, so daß sich Rosettenformen bilden. Die Krankheitszustände, welche durch Infektion mit Trypanosomen entstehen, verlaufen entweder akut oder chronisch. Der Symptomenkomplex gleicht zumteil dem der Malaria; sie gehen mit unregelmäßigem Fieber einher. Es entwickelt sich eine Anämie, die Kräfte nehmen ab, Oedeme und Erytheme treten auf, Milz und Lymphdrüsen schwellen. Eine der bestgekannten Krankheitsformen dieser Gruppe ist die Trypanosomiasis der Ratten. Die Uebertragung geschieht durch Flöhe.

Der erste, welcher im Blute von Menschen Trypanosomen entdeckte, war Doggton. Dann hat Castellani in der Cerebrospinalflüssigkeit von schlaftrunkenen Negern Trypanosomen gesehen, die er aber nur für einen nebensächlichen Befund hielt. Die ätiologische Bedeutung dieser

Digitized by Google

Parasiten für die Schlafkrankheit erkannt zu haben, ist das Verdienst von Bruce. Derselbe konnte feststellen, daß eine Glossina hier als Ueberträgerin des Parasiten fungiert. Beim Menschen ist nun Trypanosomiasis im ersten Stadium keineswegs identisch mit Schlafkrankheit, vielmehr können die Parasiten jahrelang im Blute leben, ohne schwere Krankheitserscheinungen zu machen. Die Schlafkrankheit ist erst ein terminales Symptom. Bekannt ist dieselbe schon seit dem Anfang des vorigen Jahrhunderts. Sie wurde bei Sklaven beobachtet, die nach Westindien verkauft waren. Damals erkrankten manche derselben erst 5—8 Jahre, nachdem sie ihre Heimat Afrika verlassen hatten. Weiter um sich gegriffen hat aber die Seuche in Westindien nicht, und zwar deshalb, weil es an einem Insekt fehlte, das dieselbe hätte übertragen können.

Es hat sich zeigen lassen, diese Versuche rühren von Koch selbst her — daß man artifiziell die Virulenz der Trypanosomen beeinflussen kann. Durch geeignete Tierpassage gelingt es, die Virulenz zu erhöhen oder herabzusetzen. Es ist Koch gelungen, mit wenig virulenten Trypanosomen vorbehandelte Tiere gegen Infektion mit stark virulenten Parasiten zu immunisieren. Indessen hat sich gezeigt, daß sich darauf eine praktische Art der Bekämpfung dieser Seuche nicht aufbauen läßt. Denn diese immunisierten Tiere haben beständig in ihrem Blut Trypanosomen und bilden dadurch eine neue Infektionsquelle. Mit einer derartigen Methode der Immunisierung würde man die Tse-Tse-Krankheit — um diese handelte es sich bei den betreffenden Versuchen — nicht bekämpfen, sondern konservieren. Man muß daher andere Maßregeln ergreifen. Ein Mittel, wie es das Chinin gegen die Malaria ist, steht uns leider für die Trypanosomenerkrankungen nicht zur Verfügung und deshalb bleibt uns nichts anderes übrig, als die erkrankten Tiere zu töten. Von noch größerem Interesse ist für uns die Bekämpfung der Schlafkrankheit. Aber auch bei ihr ist bereits der ganze Medikamentenschatz vergeblich aufgeboten worden. Das einzige Mittel, welches anscheinend wenigstens gewisse Erfolge hervorzubringen scheint, ist das Arsen. Ueber das von Ehrlich empfohlene Trypanrot sind die Erfahrungen noch geringe. — (Deutsche medizinische Wochenschrift 47. 04.)

II. Medicin.

Ueber die Phosphaturie veröffentlicht Tobler im Arch. f. exper. Path. Bd. 52, 12 Heft folgendes: Dieselbe be-

Digitized by Google

steht bekanntlich in der Entleerung eines durch Phosphate (und Karbonate) milchig getrübten Harnes; es kann primo visu bei einem oft centimeterhohen Bodensatz Eiter vortäuschen und beunruhigt die Mehrzahl der Kranken. Diese Stoffwechselanomalie ist beschrieben worden als vorkommend bei chronisch entzündlichen Affektionen des Urogenitalapparates, bei Neurasthenie und verschiedenen anderen Nervenkrankheiten, bei chronisch-dyspeptischen und bei rheumatischen Leiden. Ein bestimmtes Verhältnis aller dieser Erkrankungsformen zu der Phosphaturie ließ sich bisher nicht eruieren. Soetbeer hat das Verdienst aus dem Wirrwar der verschiedenen Dinge, die unter diesem Namen segeln, ein bestimmtes Krankheitsbild herausgegriffen zu haben; darin gruppieren sich um das Hauptsymptom der milchigen Trübung des Urins verschiedene Störungen von Seiten der allgemeinen Ernährung und des Allgemeinbefindens: Abmagerung, Anämie, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schweiße; nervöse Beschwerden wie Hautjucken, Parästhesien, Gliederschmerzen, gesteigerte Reflexerregbarkeit. Häufig sind Schmerzattacken, besonders im Leibe, denen auch meist ein Druckschmerz an gleicher Stelle entspricht. Herzpalpitationen, hoher Puls und Herzgeräusche sind oft vorhanden, und in der Mehrzahl der Fälle erweist sich der Darmtraktus als erkrankt oder als erkrankt gewesen (Durchfälle, schleimige Stühle, Erbrechen). Von der Urinveränderung ist hervorzuheben, daß nicht alle Harnportionen milchig getrübt sind, sondern nur einzelne, meist die des Nachmittags; der Harn ist alkalisch oder amphoter; das Sediment besteht aus phosphorsauren und kohlensauren Salzen. Wie kommt die Alkaleszenz des Harns zustande? Durch ein Säuredefizit, einen Ueberschuß an Alkalien oder alkalischen Erden? Die Untersuchungen in einem Falle von Soetbeer, die durch Tobler in drei Fällen von Phosphaturie nachgeprüft und bestätigt wurden, haben nun ergeben, daß in der Ausscheidung des Stickstoffs, der Phosphorsäure und der übrigen anorganischen Salze mit Ausnahme des Kalks kein Unterschied von normalen Stoffwechsel zu konstatieren war. Die Kalkausscheidung im Harn war jedoch enorm vermehrt, in einem Falle war sie um 269 Proz. größer als bei der Kontrollperson. Dadurch war das Verhältnis der P_2O_5 : CaO von 12:1 (normal) auf 4:1 herabgedrückt, also die Voraussetzung zur Bildung der basischen i. e. unlöslichen phosphorsauren Salze — die kohlensauren verhalten sich entsprechend — gegeben. Denn die löslichen, sauren Salze ($Ca[H_2PO_4]_2H_2O$) sind relativ i. e. im Verhältnis zum Ca phosphorsäurereicher, die basischen, unlöslichen ($Ca_3[PO_4]_2CaO$) relativ phosphorsäureärmer. Bei der weiteren Frage, woher dieser Ueberschuß an Kalk stammt, wurde durch die Untersuchung fest-

Digitized by Google

gestellt, daß während normalerweise die Hauptmasse des aus der Nahrung resorbierten Kalks in die unteren Darmpartien abgeschieden und mit dem Kot eliminirt wird, in den Fällen von Phosphaturie durch den Darm um so viel weniger Kalk ausgeschieden wurde, als das Plus im Harn betrug. Ob, wie angenommen, diese Störung der Kalkausscheidung durch den Dickdarm auf einer Kolitis beruht, ist noch nicht bewiesen, aber nicht ganz unwahrscheinlich, da Darmerkrankungen in dem klinischen Bilde der Phosphaturie, die besser Calcariurie genannt würde, ziemlich häufig vorkommen. Durch diese Feststellung war zugleich der Therapie, die bisher ziemlich machtlos war, der Weg gewiesen: Verabreichung einer kalkarmen Diät. Die Milch, das bei weitem kalkreichste Nahrungsmittel, einige Früchte und Beeren, wie Himbeeren, Orangen, Feigen, Erdbeeren, sowie das kalkreiche Gelbei sind möglichst zu meiden; die kalkarmen Kartoffeln, Aepfel, die Cerealien und besonders das sehr kalkarme Fleisch sind zu bevorzugen; daneben ist reichlich Fett, Zucker, Mehlspeisen zu geben. Unter solchem Regime wurden die Patienten beschwerdefrei, der Harn wurde und blieb klar, das Allgemeinbefinden hob sich. Jede Medikation wie Salz- und Phosphorsäure, die sich nicht bewährt hatten, wurde fortgelassen. — Die Phosphaturie geht also, wie wir sahen, mit einem relativen Mangel an Phosphorsäure einher und führt ihren Namen zu Unrecht; es gibt jedoch auch Erkrankungsformen, welche die Franzosen als diabète phosphaturique bezeichnen, und wobei enorme Mengen Phosphorsäure (12—20, ja 30 g) täglich ausgeschieden werden. Die Verhältnisse sind auch in dieser Beziehung noch wenig geklärt; so viel aber steht fest, daß einerseits bei Schilddrüsenerkrankungen sowie bei Schilddrüsenmedikation, andererseits bei Osteomalacie sowie bei Oophorinverabreichung eine oft sehr gesteigerte Phosphorsäureausfuhr beobachtet wird, während die Wirkung der Kastration in einer Herabsetzung der P_2O_5-Ausscheidung besteht. Hoennicke (Berl. klin. Wochenschrift 44) ist nun in einer vorläufigen Mitteilung auf Grund dieser Tatsachen sowohl wie auf Grund der klinischen Aehnlichkeit, die zwischen der Osteomalacie und den unter dem Namen Thyreoidismus zusammengefassten Krankheiten besteht, zu folgender Annahme gelangt: eine primäre Erkrankung der Glandula thyreoidea führt durch Störung des Phosphorstoffwechsels zur Osteomalacie, und diese Stoffwechselstörung erscheint ihm zunächst als das hervorstechendste Merkmal der Osteomalacie.

[Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung.]

Zur Epityphlitisfrage. Von O. v. Büngner. Nach einer eingehenden anatomischen Schilderung des

Digitized by Google

Wurmfortsatzes, der einen peritonealen Ueberzug und ein eigenes Gekröse hat, meist 8 Zentimeter Länge mißt, in Form und Lage den verschiedensten Aenderungen unterworfen ist und sich auszeichnet durch ein sehr entwickeltes Blutgefäßnetz und vor allem Lymphgefäßnetz, alles Eigenschaften, die zum Verständnis des Ablaufs der Blinddarmentzündung von großer Bedeutung sind, wendet sich v. B. zur pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. In dem subakuten Stadium der Krankheit, die vor dem Anfalle liegt, findet sich meist eine Entzündung der Schleimhaut des Wurmfortsatzes. Von der Schleimhaut geht die Infektion weiter in die Muscularis. Hier bilden sich dann Defekte, und zwar vorzugsweise an den Stellen, die dem Ansatz des Mesenteriolums gegenüber liegen. Solche Stellen erleichtern die Perforation. Wenn schließlich die Entzündung auf das subseröse Gewebe übergeht, so ist der Wurmfortsatz stark geschwollen und gespannt. Es kann dann eine adhäsive Perityphlitis und serofibrinöse Perityphlitis eintreten. Ist damit die Virulenz der Bakterien nicht erschöpft, so bildet sich der typhlitische Abszeß. Damit braucht eine Perforation nicht immer da zu sein. Die Infektion kann durch die intakte Darmwand erfolgen. Die Perforation liegt aber meist gegenüber dem Mesenteriolum, den erwähnten Muskeldefekten entsprechend. Wenn man den Wurmfortsatz in drei Drittel einteilt, so ist an der Grenze jeden Drittels eine Prädilektionsstelle für die Perforation, also an vier Stellen. Der paratyphlitische Abszeß ist eine retrocökale Phlegmone, die zum subphrenischen Abszeß oder perinealen Abzeß führen kann. Geht die Virulenz der Bakterien noch weiter, so entsteht die Peritonitis, von der es eine zur Abkapselung neigende, aber progrediente fibrinös-eitrige giebt, und eine freie, diffuse Peritonitis, die den stärksten Virulenzgrad der Bakterien darstellt. Ob die Gangrän des Wurmfortsatzes vollständig oder partiell eintritt, hängt von der Gefäßversorgung ab, der Lymphapparat spielt die Hauptrolle bei der Verbreitung der Entzündung, die bei Kindern deshalb häufiger ist, weil der Wurmfortsatz derselben lymphgefäßreicher ist. Fälle von einfacher Blinddarmentzündung, wo also die Entzündung nur im Bereiche des Wurmfortsatzes sitzt, können bei interner Behandlung heilen. Bei der chronischen Blinddarmentzündung ist die Operation immer zu empfehlen. Die diffuse Peritonitis erheischt einen energischen chirurgischen Eingriff, der in vielfacher Spaltung der Bauchwand besteht. Leider ist der Erfolg sehr gering. Jeder peri- oder paratyphlitische Abszeß bedarf ferner der chirurgischen Behandlung. Schwieriger ist die Frage bei der Beurteilung der einfachen Blinddarmentzündung. v. B. vertritt den Standpunkt, daß man so früh wie möglich operieren soll,

Digitized by Google

am 1. oder 2. Tag, wenn der Prozeß keine Neigung zeigt, lokal zu bleiben, sondern das Krankheitsbild schwerer wird. Ist dieser Zeitpunkt verpaßt, so soll man vom 2. oder 5. Tage an bei der Perityphlitis simplex, wenn der Prozeß über die Wand des Wurmfortsatzes hinausgreift, abwarten, intern behandeln und im fieberfreien Intervall die Exstirpation des Wurmfortsatzes machen. Aehnlich spricht sich neuerdings Sonnenburg aus. Er behandelt Fälle, die zur Abkapselung neigen, exspektativ; schwere Fälle operiert er gleich. Diese sind aber nach S. in der Minderzahl. Die exspektativ behandelten Fälle operiert S. im Intervall. — Für den praktischen Arzt wird es schwer sein, in jedem Falle festzustellen, welche Form der Typhlitis, ob die einfache oder die progrediente, man vor sich hat. Auch der Spezialist kann dies in den wenigsten Fällen. Man kann nie wissen, welches Ende eine Typhlitis nimmt. Und die schöne Einteilung der Blinddarmentzündung, wie sie auf dem Papier steht, existiert in Wirklichkeit nicht. Deshalb haben sich die praktischen Aerzte mit Recht mehr und mehr gewöhnt, die Typhlitis, sobald sie diagnostiziert ist, der operativen Behandlung zu übergeben, die um so mehr Aussicht auf Erfolg hat, je früher sie einsetzt, am besten schon in den ersten 24 Stunden.

Welche Vorsicht lehren uns die Antipyretika? Von Dr. A. Rahn in Collm. (Med. Woche 1904/18.) Man liest jetzt oft von Aspirin-, Salipyrin- und anderen Vergiftungen und glaubt zwar nicht immer daran, aber doch heißt es, man solle vorsichtiger sein mit all den neuen und selbst besten Antipyreticis. Aber man frägt sich, ist wirklich daran das Antipyreticum schuld oder nicht ein anderer Umstand, und wie kann man sich am besten gegen die Eventualität einer solchen Vergiftung wappnen? Verf. will zunächst gar nicht die Möglichkeit einer Arzneivergiftung ableugnen; geben doch die Antipyrin-Exantheme die Analogie einer Idiosynkrasie; aber eine solche Idiosynkrasie gegen die neueren Antipyretika dürfte schwerlich für sich Bestand haben! Wie schon selbst die Fabriken gerade von Aspirin und Salipyrin darauf hingewiesen, daß die Mittel nur unter gewissen Kautelen zu geben sind, so lehrt es auch die alte Erfahrung, daß auf Diners, Gänsebraten, fette Butterbrode u. s. w. nicht gerade gleich ein Antipyretikum zu setzen ist. Darauf eben kann nicht streng genug geachtet werden, ebenso wie es zu verurteilen ist, wenn bei völliger Nüchternheit und auf der Höhe der Erregung ein Antipyretikum zum „Niederschlagen“ gegeben wird.

In welcher diätetischen Verfassung soll nun der Mensch sein? Nicht ganz voll, nicht von schweren Speisen und Ge-

Digitized by Google

tränken oder sonstwie vollgepfropft, aber gleichwohl auch nicht ausgehungert darf er sein, ganz abgesehen noch davon, daß eine gewisse Ruhe erst über den Menschen kommen muß und er nicht etwa so weiter hin- und herjagen darf, wie noch eben vorher. Gerade bei Tabletten übrigens ist erst recht darauf zu achten, daß sie nicht auf ganz vollen oder ganz nüchternen Magen kommen; denn man hat die Erfahrung gemacht, daß dadurch eher Magenverstimmungen erzeugt werden können. Man läßt sie daher gut kauen oder im Beginn einer Darreichung — um sicher zu gehen — lieber erst auflösen. Nimmt man also diese Vorsicht wahr und hält man gerade auch bei den Sprechstunden-Kranken auf gewisse diätetische Vorschriften, dann wird man nur noch verschwindend wenig Arzneivergiftungen erleben.

Die Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten bespricht Lassar (Derm. Ztschr., 1904 No. 3). Als Beispiel für den dermato-pathologischen Einfluß der Ernährung kann die Pellagra dienen. Der Pellagra vergleichbar ist der Skorbut. Auch bei ihm treten Hauterscheinungen in den Vordergrund. In demselben Sinne spielen sich Fisch-, Wildpret-, Fleisch-, Wurst- und Käsevergiftungen ab. Hier sind es durchweg verdorbene, ptomainreiche Nahrungsmittel, welche zur Etablierung pathologischer Hautsymptome führen. Den Ausgangspunkt bildet stets der Verdauungskanal. Auch können einfache Indigestionen zu solchen Zuständen führen. Diejenigen Exantheme, welche nach Chinin, Antipyrin, Sandelöl, Balsamicis, Quecksilber, Arsen, Jod, Brom und andern Arzneistoffen auftreten, werden durch gleichzeitiges Bestehen gastrischer Zustände begünstigt, nicht selten auch hierdurch in ihrem Entstehen bedingt. Am einwandfreiesten läßt sich dies Verhalten bei Urtikaria beobachten. Dass Nahrungsmittel, die erkennbarerweise den exsudativen Dermatosen zum Anlass und Vorschub dienen, fortgelassen werden müssen, beobachtet schon der Laie. Therapeutisch muss man zuerst durch Abführmittel oder Eingiessungen eine Entleerung des Darmes bewirken, daran anschliessend eine Mineralwasserkur vornehmen. Bei weitem am sichersten wirkt hier Karlsbad. Ihm schließen sich Kissingen, Homburg und Tarasp an. Von Medikamenten hat sich Salizylsäure bewährt. Dieselbe scheint den Prozeß nach Art eines Antitoxins anzugreifen und die krankmachende Wirkung der zirkulierenden Noxen zu paralysieren. Die Diät ist individualisierend einzurichten. Eine ähnliche Erwägung hat bei Behandlung der Prurigo zu leiten. Den kleinen Kindern gebe man ein leichtes gärungsmilderndes Abführmittel. Praktisch erweist sich hier am besten bekömmlich und evident wirksam der offizinelle Pulvis liquiritiae compositus. Die

Digitized by Google

Ernährung selbst ist kompakt und derb einzurichten. Der Darm muß mechanisch beschäftigt werden. Dabei große Regelmäßigkeit und Einfachheit der Mahlzeiten und sorgfältige Bewachung des Stuhlganges. Zwischen Ernährungsart und Zustand der Ernährungswege einerseits und Hautaffektion andrerseits besteht eine weitere Relation in der Gruppe der Akne. Das Leiden wird durch Obstipation begünstigt. Außerdem bedingen alle gefäßlähmenden Getränke eine zeitweise Verschlimmerung. Hierzu gehört in erster Linie der Kaffee. Abgesehen von der lokalen Therapie bewähren sich gegen die kongestionelle Allgemeinverfassung Marienbader und ähnliche Reduktionskuren am besten. Auch die gewöhnliche Akne ist mit Genußmitteln eng verknüpft. Den Beweis hierfür liefert die nach Arzneien auftretende Jod- und Bromakne. Der Genuß übertrieben vieler Süßigkeiten ist bei der Akne zu untersagen Auch der vorteilhafte Einfluß der Bierhefe ist diesen Gruppen gemeinsam. Hier ist es auch, wo die Ernährungstherapie einzusetzen hat. Von eklatanter Wirkung ist die Ernährung, soweit Hautkrankheiten in Betracht kommen, bei Diabetes und Gicht. Doch auch schon für die einfache Furunkulose bedingt die Ernährungsweise eine augenfällige Geltung. Es gibt keine spezifisch-diabetische Hautkrankheit, sondern nur eine Verschlimmerung durch Zucker. Ein zweiter, wenn auch manchmal weitläufiger Weg führt zur Ernährung bei Intertrigo. Bei Säuglingen entsteht dieselbe leicht durch Darmkatarrhe, welche die Analgegend arrodieren und sich von dort, in der Kontinuität mazerierend, fortleiten. Hier haben Darmdesinfektion und entsprechende Auswahl der Milch einzusetzen. Auch die Psoriasis kann durch Ernährungskuren direkt beeinflußt werden, und zwar durch die reine oder gemischte Vegetarierkost. Im allgemeinen ist der erzielbare Heilerfolg nur gering.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Ueber chirurgische Eingriffe an den Sehnen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.) (Schluß.) Wir kommen nun zu den in den letzten Jahren so vielfach ausgeführten Sehnentransplantationen, über die wir nach einem zusammenfassenden Referat von G. Muskat (Ueber Verwendung von Sehnenoperationen, Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie No. 16, 1904) berichten. Der Grundgedanke bei allen Sehnentransplantationen ist der, daß ein funktionsloser Muskel durch einen funktionsfähigen ersetzt werden soll. Ob der zu überpflanzende Muskel auch funk-

Digitized by Google

tionsfähig ist, muß genau festgestellt werden, und zwar vor der Operation durch die elektrische Prüfung, bei der Operation, die jedesmal die Sehne bis zum Uebergang in das Muskelfleisch bloßlegen soll, durch Inspektion der Muskulatur. Je stärker die Degeneration in einem Muskel, desto mehr ist eine Gelbfärbung an die Stelle der normalen rotbraunen getreten. Erweist sich ein Muskel degeneriert, so ist eine Ueberpflanzung natürlich ausgeschlossen, da er ja dann nicht einmal seine eigene Funktion zu verrichten imstande ist. Bei der Ausführung der Operation kann man zwei Methoden unterscheiden, nämlich die totale und die partielle Ueberpflanzung. Bei der totalen Ueberpflanzung kann man entweder beide Sehnen spalten und dann das zentrale Ende des kraftgebenden Stückes und das periphere des gelähmten Stückes vernähen oder man spaltet die Sehne des gelähmten Muskels und näht das periphere Ende an den intakten Muskel seitlich an, oder die Sehne des gesunden Muskels wird durchtrennt und an den gelähmten Muskel angenäht. Bei allen drei Arten wird bei Kontraktion des kraftgebenden Muskels auch der gelähmte Muskel funktionieren. Bei der partiellen Ueberpflanzung kann die Sehne des gelähmten Muskels gespalten und ein Teil an den gesunden Muskel angeheftet werden, oder es wird umgekehrt ein Teil der gesunden Sehne abgespalten und mit der gelähmten Sehne vernäht, oder von beiden Sehnen wird ein Stück abgespalten und diese verbunden. Die Sehnenscheiden müssen bei den Transplantationen geschont werden. Welche Methode anzuwenden ist, entscheidet der jeweilige Fall. Die meisten Erkrankungen, welche mit Sehnentransplantationen in Angriff genommen werden, gehören in das Gebiet der spinalen Kinderlähmungen. Je weniger Muskeln dabei gelähmt sind, desto mehr Chancen hat die Sehnentransplantation. Aber auch noch wenn ganze Muskelgruppen (so z. B. die Peronei) betroffen sind, kann von den Nachbarmuskeln (in diesem Falle von Tibialis posticus und Gastrocnemius) die nötige Kraftübertragung genommen werden, ohne daß diese Muskeln irgendwie in ihrer Leistung beeinträchtigt werden. Krause hat in einem Falle (Ersatz des gelähmten Quadriceps cruris. Deutsche medizinische Wochenschrift 1902, Bd. 28) die abgelösten Beugesehnen des Femur auf die Patella und die Tuberositas tibiae genäht und dadurch die gelähmten Streckmuskeln ersetzt. — Sind mehrere Muskelgruppen gelähmt, so kann man namentlich am Fußgelenk eine Fixation des Gelenkes dadurch erzielen, daß man die noch vorhandenen funktionierenden Muskeln loslöst und an bestimmten Stellen am Periost oder Knochen annäht. Lange (Ueber periostale Sehnenverpflanzungen bei Lähmungen. Münchener medizinische Wochenschrift 1900, Nr. 15)

Digitized by Google

empfiehlt diese periostale Vernähung sehr. Seiner Meinung nach kann man z. B. beim Fußgelenk eine gute Stellung und leidliche Funktion erzielen, wenn man an 4 verschiedenen bestimmten Punkten periostale Annähungen von normalen Muskeln macht. Sind die Sehnen dabei nicht lang genug, so kann man sie durch Seidenfäden entsprechend verlängern. Jedenfalls kommen wir durch diese Methode in einigen Fällen noch ohne die Arthrodese aus, die dann in ihr Recht tritt, wenn auch mit der periostalen Annähung keine Aussicht auf günstiges Resultat vorauszusehen ist. Eine gut ausgeführte Arthrodese, die darin besteht, daß die Gelenkknorpel beider Gelenkflächen entfernt werden und dann das Gelenk bei normaler Stellung fixiert in knöcherner Ankylose heilt, ist für die Patienten unter allen Umständen noch besser, als das lästige Tragen von Apparaten. Nach Langes Berechnung könnten heutzutage 80—90 Proz. der Stützapparate auf operativem Wege überflüssig gemacht werden. Je früher die Operationen ausgeführt werden (nicht unter dem 4. Lebensjahr), desto besser sind die Erfolge, desto mehr gewöhnen sich die normalen Muskeln an ihre anormalen Funktionen. Bei der Ausführung der Operation ist die peinlichste Asepsis erforderlich. Auch die an der v. Bergmannschen Klinik gemachten Erfahrungen sind so gute gewesen, daß man die Ausführung von Sehnentransplantationen in geeigneten Fällen nur warm empfehlen kann.

Beitrag zur Lehre von den Tuberkuliden. Von Dr. Gellis. (Monatschr. f. Hautkrankh.) Neben den echt tuberkulösen Erkrankungen der Haut, die teils mit Tuberkulose anderer Organe, teils allein vorkommen, deren Natur aber durch histologische und bakteriologische Untersuchungen leicht festgestellt werden kann, gibt es eine Reihe von Hauterkrankungen, die bis vor nicht allzu langer Zeit als selbstständige Leiden galten, deren nähere Untersuchung und häufigere Beobachtung aber gewisse Beziehungen zur Tuberkulose feststellten. Für diese ziemlich umfangreiche Gruppe wählte Darier im Jahre 1896 ziemlich glücklich den Namen Tuberkulide.

Zu dieser Gruppe zählte man teils solche Erkrankungen, die schon früher unter anderen Namen geläufig waren, ja sogar teilweise der Skrophulo- tuberkulose zugezählt wurden (Lichen scrophulosorum, Eczema scrophulosorum), teils trat ein neuer Krankheitstypus hervor, der unter den verschiedensten Namen segelnd, auch heute noch keine einheitliche Bezeichnung gefunden hat.

Zuerst beschrieb Barthélémy im Jahre 1890 zwei For-

Digitized by Google

men von Folliculitis generalisata, die er Acnitis und Folliclis nannte und deren klinische Bilder er scharf auseinanderhielt. Sie unterscheiden sich durch die Lokalisation, als auch durch die Beschaffenheit der Einzeleffloreszenzen. Bei der Acnitis treten an Schläfe, Stirn, Wangen, später erst manchmal am Thorax subkutane, unter der Haut liegende Knötchen auf, die im Verlaufe von Wochen allmählich auf die Haut übergreifend, aufbrechen, etwas Eiter entleeren und schließlich unter Bildung einer deprimierten Narbe abheilen.

Bei der Folliclis hingegen treten die Effloreszenzen typischer Weise an der Ulnarseite der Vorderarme, sowie an den Ohren auf, eventuell auch an der Streckseite der Unterextremitäten. Die Knötchen liegen stets in der Cutis, also viel oberflächlicher, sie werden im Zentrum nekrotisch, wobei sich eine kleine, runde, anfangs festhaftende Cruste bildet, die später mit Hinterlassung eines scharfrandigen, kreisrunden Substanzverlustes abfällt. Schließlich bildet sich eine ebenfalls charakteristische scharfrandige kleine Narbe, an der der Prozeß noch Jahre nach dem Ablauf zu erkennen ist.

Darier verwischte wieder die Unterschiede, indem er angab, daß man häufig genug, sowohl oberflächlich als auch tiefsitzende Knötchen nebeneinander bei einer Person finde und ferner auch die Lokalisation sich oft Abweichungen erlaube; kurz, er wollte für beide Formen nur den Namen Tuberkulid angenommen wissen, einzig und allein um die gleiche ätiologische Vermutung zum Ausdruck zu bringen. Nichtsdestoweniger scheint es ganz unzweifelhaft, daß man tatsächlich häufig genug Formen antrifft, die vollkommen einer der beiden Typen Barthélémys, der Acnitis oder Folliclis, bis in die kleinsten Details entsprechen.

Im Jahre 1898 veröffentlichte C. Bock eine Arbeit über „Die Exantheme der Tuberkulose."

Die Arbeit ist nach zwei Richtungen hin bemerkenswert, denn erstens versuchte er den durch Kaposi endgiltig vom Lupus vulgaris abgetrennten Lupus erythematosus wieder auf eine tuberkulöse Grundlage zurückzubeziehen, zweitens beschreibt er eine Reihe Fälle von sogenanntem Lupus erythematosus disseminatus, bei denen nebst größeren Erythematosenherden sich zahlreiche andere Effloreszenzen vorfanden, die denselben Verlauf und dasselbe Aussehen zeigten, wie die oben beschriebenen Affectionen des Barthélémy. Auch gibt er selbst zu, daß er seine Fälle identisch halte mit der Acnitis und Folliclis. Alle diese Fälle waren skrophulotuberkulöse Leute, die meist auch an ihrer Phtise zugrunde gingen.

Außer dem Lupus erythematosus zählte Bock ferner noch das Eczema scrophulosorum, den Lichen scrophulosorum,

Digitized by Google

den Lupus perino Besnier, das Erythema induratum Bazin und die Acne cachecticorum den Tuberkuloseexanthemen zu. Ferner sucht Bock auch darzutun, daß eine von S. Pollitzer im Jahre 1892 beschriebene Affektion, die er Hydradenitis destruens suppurativa benannte, nichts anderes als ein Lupus erythematosus disseminatus resp. Barthélémys Folliclis und Acnitis oder auch Dariers Tuperkulid sei.

Der Grund, weshalb Pollitzer eine Schweißdrüsenaffektion als Wesen der Krankheit annahm, ist der, daß er bei der histologischen Untersuchung des Knötchens eine degenerierte Schweißdrüse fand.

Nun konnte aber Bock bei dem reichen Material, das ihm zur histologischen Verfügung stand, leicht nachweisen, daß sich ebenso oft wie eine Schweißdrüse ein Follikel oder auch nur ein einfaches Blutgefäß als Ausgangspunkt vorfand, so daß er daraus den berechtigten Schluß zog, es seien unter allen Umständen die Blutgefäße als Ausgangspunkt des Erkrankungsprozesses zu betrachten und nur der Umstand, daß Follikel und Schweißdrüse von einem dichten Gefäßnetz umgeben seien, führe zu der Vortäuschung eines follikulären oder glandulären Prozesses. Die wirklich gefundenen, pathologischen Veränderungen der Drüsenzellen lassen sich aber ungezwungen als sekundäre, benachbarte Vorgänge erklären.

In der Folgezeit erschien diese Affektion bei einer großen Reihe von Autoren unter den verschiedensten Namen.

Scheidet man aber, den Ergebnissen der histologischen Untersuchungen Bocks folgend, alle jene Namen aus, welche den Prozeß in nähere Beziehung zu dem Follikel oder zu einer Schweißdrüse zu bringen suchen, so bleibt eigentlich nur die Bezeichnung Dariers: Tuberculides papulo-nécrotiques übrig und diese ist es auch, die sich anscheinend der größten Verbreitung erfreut.

Es muß aber festgehalten werden, daß gleichsam zwei Unterabteilungen der Tuberculide papulo-nécrotique unterschieden werden, nämlich der Typus Folliclis und der Typus Acnitis; denn wenn auch, wie Darier wiederholt betont, klinisch Uebergangsformen häufig getroffen werden, so zeigen doch beide Affektionen außer den von Barthélémy festgestellten klinischen Differenzen auch wichtige Unterschiede im histologischen Befunde, die sogar zur Aufstellung zweier Hauptgruppen der gesamten Tuberkulide führten. (Typus A und B bei Darier).

Die eine Reihe enthält solche Affektionen, die unter dem Mikroskop den typischen Bau des Tuberkels zeigen (Acnitis, Lichen scrophulosorum), nämlich Epitheloidzellen, Riesenzellen und Verkäsung, die andere zeigt nur eine Anhäufung

Digitized by Google

von Rundzellen um ein Gefäß, mit mehr oder weniger hochgradigen Veränderung des letzteren (Folliclis, Lupus erythematosus etc.). Die zahlreichen Bemühungen in den Knötchen Tuberkelbazillen nachzuweisen, blieben mit einer einzigen Ausnahme stets vergeblich. Diese Ausnahme bezieht sich auf den Lichen scrophulosum, bei dem es Jacobi, Pallizari und Wo'ff wiederholt gelang, Bazillen zu finden. Nimmt man dazu noch die Untersuchungen Jadassohns, der unter 16 Tuberkulininjektionen bei Lichen scrophulosorum 14 positive Reaktionen erhielt, so wird man den Standpunkt Neissers verstehen, der den Lichen scrophulosorum als echte Tuberkulose aufgefaßt wissen will.

Bezüglich der Art des Zustandekommens der Pathogenese der Tuberkulide bestehen mehrere Hypothesen.

Hallopeau nimmt an, daß an irgend einem offenen oder okkulten tuberkulösen Herd im Körper Toxine produziert werden, die im Blut zirkulieren und die Erkrankung hervorrufen. Er stützt sich dabei auf einen von Schweninger und Buzzi publizierten Fall, die nach Injektion von Tuberkulin ein lichenartiges Exanthem erhielten. Auch sonst treten nach solchen Injektionen verschiedenartige Hautaffektionen auf. Gegen diese Auffassung aber wendet sich insbesondere Riehl, indem er meint, daß die gewöhnlichen Tuberkulinexantheme nur in Form von toxischen Exanthemen und Urtikariaproruptionen auftrete und der Fall Schweninger-Buzzi dahin zu deuten sei, daß geringe mikroskopische Veränderungen an den Follikeln schon vorher bestanden hätten und dann durch die Tuberkulinreaktion auch makroskopisch hervorgetreten seien.

Bock schließt sich der Toxintheorie Hallopeaus an, wobei er sich hauptsächlich auf die meist streng symmetrische Anordnung der Erkrankung stüzt. Ja für einige Fälle, wo kleinere Herde streng symmetrisch auftraten, sieht er sich sogar genötigt, eine Einwirkung der Toxine auf das Zentralnervensystem resp. auf die vasomotorischen Zentren im Sinne einer Unterstützung des Krankheitsprozesses anzunehmen. Hat man auch mitunter vereinzelte Bazillen gefunden, so spricht dies noch immer nicht gegen die Toxintheorie, da in Erkrankungsherden die mitunter im Blut kreisenden Bazillen leichter stecken bleiben und durch Anhäufung schließlich sogar echte Tuberkulose erzeugen können, wie er in einem Falle selbst zu beobachten glaubte.

Darier, Jadassohn und Haury vertreten die Ansicht, daß Tuberkelbazillen mit abgeschwächter Virulenz in die Peripherie verschleppt würden, woselbst sie im Kampfe mit den Gewebselementen zugrunde gingen. Darier meint, daß man bei zahlreichen sorgfältigen Untersuchungen namentlich ganz junger Effloreszenzen wohl häufiger Bazillen finden

Digitized by Google

würde. Als Bestätigung dieser embolischen Theorie erscheinen die Befunde Philippsons, der bei einem Fall von Folliclis in den tieferen Schichten der Kutis an mittelgroßen Arterien Embolien fand.

Aus alledem ersehen wir, daß die Pathogenese der in Rede stehenden Affektionen noch keine befriedigende Grundlage gefunden hat; ja selbst die Koïnzidenz mit der Tuberkulose anderer Organe steht noch nicht allseitig außer Zweifel. Konnte doch selbst Darier nach seinen eigenen Erfahrungen die Tatsachen nur so formulieren, daß die Träger der Tuberkulide gewöhnlich tuberkulös, sehr häufig auf Tuberkulose verdächtig und ausnahmsweise anscheinend von Tuberkulose frei befunden wurden, allerdings ohne die Möglichkeit einer latenten Erkrankung bei letzteren ausschließen zu können.

Am heftigsten tobt der Streit in dieser Beziehung um den Lupus erythematosus. Riehl konnte eine ganze Reihe von Sektionen anführen, wo bei Leuten, die jahrelang an dieser Krankheit litten und dann an interkurrenten Affektionen starben, keinerlei Tuberkulose innerer Organe nachgewiesen werden konnte. Zieht man ferner die außerordentliche Häufigkeit der Tuberkulose bei Großstadtbewohnern, aus denen sich ja hauptsächlich das Material der dermatologischen Ambulanzen rekrutiert, in Betracht, die sich noch ins ungemessene vermehrt, wenn man noch die abgelaufenen oder latenten Prozesse, ja sogar die bloß mit Tuberkulose hereditär Belasteten hinzurechnet, so wird man doch noch andere Beweise für die Existenz der Tuberkulide verlangen müssen, wenigstens in einwandfreier Weise.

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrie.

Ueber Placenta praevia. Von J. Veit, Erlangen. (Dtsche. Kl.) Die pathologisch-anatomische Grundlage für die Placenta praevia bildet nach den Untersuchungen Hofmeiers die Insertion des Eies im unteren Uterinsegment und die Bildung der Placenta in der Reflexe des unteren Eipoles. Klinisch offenbart sie sich fast ausschließlich in starken Blutungen aus den Genitalien, die gewöhnlich im 6. oder 7. Monat der Schwangerschaft auftreten. Zuweilen hören die ersten Blutungen spontan wieder auf, um bald wieder einzusetzen und bedrohlich zu werden. Der Grund für die Blutungen ist in den Schwangerschaftswehen zu suchen, je stärker letztere sind, desto heftiger erneuert sich die Blutung. Die Folge davon ist, daß die Schwangerschaft

Digitized by Google

meist schon im 7. bis 8. Monat ihr Ende erreicht und man also nur ausnahmsweise mit einer reifen, sicher lebensfähigen Frucht zu rechnen hat.

Neben der Blutung liegt eine große Gefahr in der Möglichkeit der Infektion, für welche die geöffneten Gefäße im unteren Uterinsegment bequeme Eintrittspforten abgeben. Es ist also mit aller Energie darauf zu dringen, daß das geburtshülfliche Personal, welches ja zunächst zu derartigen Blutungen gerufen wird, auf die große Verantwortlichkeit hingewiesen wird, die in diesen Fällen auf ihm ruht. Eine innere Untersuchung darf nur der Arzt ausführen.

Hat man alle anderen Möglichkeiten innerer Blutungen: Zerreißung eines Varix in der Vagina, Cervixerkrankungen, Neubildungen, endlich die vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz, bei der vielfach die Stelle der Blutansammlung zwischen Placenta und Uteruswand von außen zu palpieren und schmerzhaft ist, und auch Albuminurie besteht, — ausgeschaltet, so ist die Diagnose Pl. pr. gesichert.

Nach Einführung der kombinierten Wendung nach Braxton Hicks ist die Prognose eine recht günstige geworden. Sobald der Cervix für 2 Finger durchgängig ist, durchbohrt man die Placenta, sucht, von außen entgegendrückend, einen Fuß zu erfassen und tamponiert mit dem herabgezogenen Schenkel den Cervixkanal. Dann warte man ruhig ab, bis das Kind spontan geboren wird. Ein Uebelstand liegt bei dieser Methode darin, daß das Kind häufig abstirbt. Aber V. macht mit Recht darauf aufmerksam, daß es sich ja gemeiniglich doch nicht um ein lebensfähiges Kind handelt und daß deshalb die Schonung der Mutter die erste Pflicht ist. Die Gefahr der Luftembolie, auf die Olshausen hingewiesen hat, läßt sich durch schnelles Operieren, Hochlagerung des Steißes und Vermeidung der Narkose umgehen.

Den Kaiserschnitt, der neuerdings in Amerika bei Pl. pr. vielfach bevorzugt wird, kann V. nur dann empfehlen, wenn die Sicherheit gegeben ist, daß durch vaginale Exploration nicht schon Wundinfektionskeime mit der Placentarstelle in Berührung gekommen sind und die Anti- und Aseptik bei Vornahme der Operation gewährleistet ist. Auch die Anwendung der Metreuryse erscheint ihm bedenklich, weil der Ballen gewöhnlich lange im Uterus liegen muß, ehe eine kräftige Wehentätigkeit einsetzt und der Ballen durch den gar nicht völlig zu desinfizierenden Cervicalkanal geschoben werden muß und Infektionskeime mit hinaufschleppen kann.

Die älteste Methode, die Sprengung der Blase, hat nur dann prompten Erfolg, wenn der Schädel im unteren Uterinsegment liegt und sofort einsetzende kräftige Wehen ihn fest gegen den inneren Muttermund drängen. Im andern Fall

Digitized by Google

würde die eintretende heftige Blutung doch zur kombinierten Wendung zwingen.

Eindringlich warnt V. vor dem Accouchement forcé, welches fast stets zu ausgedehnten und schwer zu reparierenden Cervixrissen führt. L.

Zur Wendung aus Querlage auf das Beckenende empfiehlt Quisling folgendes Verfahren („Norsk Magaz. f. Lägev.", 1904, No. 7): Wenn der Rücken nach vorn gekehrt ist, was bei 66% der Fälle vorgefunden wird, führt der Arzt die linke Hand in die Gebärmutter ein, während die Gebärende in der Rückenlage liegt, und die Wendung läßt sich gewöhnlich leicht ausführen. Wenn es sich aber zeigt, daß der Rücken der Frucht nach hinten gekehrt ist, wird die Gebärende, ohne daß die Hand des Arztes herausgenommen wird, nach der rechten Seitenlage gekehrt in der Weise, daß ihr linkes Bein über den Arm des Arztes geführt wird. Der Arzt steht jetzt hinter der Gebärenden, seine Hand, die während des Lagewechsels der Frau ein wenig gegen den Muttermund zurückgezogen wurde, wird dann aufwärts entlang der Vorderfläche der Frucht geführt, so daß die Volarfläche der Hand gegen dieselbe gekehrt wird. Will man lieber die rechte Hand anwenden, so muß man die Gebärende in die linke Seitenlage bringen. Während der Herabziehung wird die Frau wie gewöhnlich in die Rückenlage gebracht. Die Methode ist leicht ausführbar und von der speziellen Diagnose rücksichtlich der Haltung der Frucht unabhängig.

Ueber Uterusruptur. Von J. Veit, Erlangen. (Dtsche Kl.) Die Diagnose basiert im wesentlichen auf der abnormen Dehnung des unteren Uterinsegmentes, erkennbar an einer schräg über das Abdomen verlaufenden Furche, welche dem Contractionsring entspricht und besonders tief ist und hoch, dicht unter dem Nabel, steht. Der Sitz der Ruptur ist gewöhnlich das untere Uterinsegment. Unter normalen Verhältnissen trifft die völlige Erweiterung des Muttermundes, der völlige Eintritt des Kopfes und die gefahrlos noch mögliche Dehnung des unteren Uterinsegmentes, sowie der lig. rotunda zeitlich zusammen. Kann dagegen der vorangehende Kindesteil z. B. wegen Verengerung des Beckens nicht in dasselbe eintreten, so beginnt die abnorme Dehnung des unteren Segmentes unter dem fortgesetzten Wehendruck des Hohlmuskels. Je intensiver und häufiger die Wehen, desto bedenklicher kann der Zustand werden. Auch die Lage und die Einstellung des Kopfes ist von Bedeutung. Bei Schädellage erfolgt die Ruptur leichter als bei Querlage; bei ersterer besteht oft ein Reiz zur Ver-

Digitized by Google

stärkung der Wehen und andererseits dehnt sich bei Querlage mehr der untere Teil des Dehnungsschlauches.

Es treten also spontane Rupturen am häufigsten bei Schädellagen und engem Becken, bei Hinterscheitelbeineinstellung oder Stirnlage, endlich bei Hydrocephalus auf. Die traumatische Ruptur ist natürlich in allen Fällen möglich. Der Unterschied zwischen der completen und incompleten Ruptur wird durch die Zerreißung des Peritoneums gebildet. In dem ersteren Falle tritt das Kind in das subseröse Bindegewebe zwischen Blase und Uterus oder hinten in die Fossa iliaca, in dem andern Falle in die freie Bauchhöhle.

Nach erfolgter Ruptur hören die Wehen sofort auf, die Kreißende collabiert, das ausgetretene Kind stirbt infolge sofortiger Loslösung der Placenta ab. Man findet das Kind jetzt in Querlage und vielfach erfolgt die Geburt der Placenta, ohne daß das Kind folgt. Jedenfalls ist es ratsam, die Diagnose zunächst durch die äußere Untersuchung festzustellen, um den Verdacht, durch innere Untersuchung die Ruptur erzeugt zu haben, von sich fernzuhalten. Die innere Untersuchung verzichtet am besten ganz auf die Palpation der Rißstelle, stellt vielmehr nur fest, wieviel von dem Kinde sich noch in dem Genitalkanal befindet, welche Lage es eingenommen hat und event. ob das Peritoneum mitzerrissen ist.

Die Gefahr liegt in der Blutung und einer event. Infektion und danach richtet sich auch die Prognose. Gewöhnlich wird nur einer der größeren cervicalen Aeste der Uterina, nicht der Hauptstamm, zerrissen. Die Zeit zwischen der Verletzung und dem Verblutungstode variirt zwischen 30 Minuten und ca. 3 Stunden. Ist also nach etwa 3 Stunden der Tod an Verblutung nicht eingetreten, so ist diese Gefahr nicht mehr zu fürchten. Die Gefahr der Infektion ist natürlich auch ohne innere Untersuchung groß, da ja die Schleimhaut der Scheide nicht keimfrei ist.

Hat man die drohende Uterusruptur rechtzeitig erkannt, so kommt die Wendung, die Zange, die Symphysiotomie oder der Kaiserschnitt in Frage.

Die Wendung ist diejenige Operation, welche die Mutter besonders gefährden kann; sie ist also hier zu vermeiden. Auch die Zange hat große Bedenken. Tritt indessen der Kopf voraussichtlich bald ein, steht also der Kopf fest im Beckeneingang und die Pfeilnaht quer in der Mitte des Beckens, so ist ein vorsichtiger Versuch mit der hohen Zange gestattet. Es bleibt also gewöhnlich nur die Wahl zwischen Symphysiotomie und Kaiserschnitt. Ist die Vera über $6^1/_2$—7 cm, so empfiehlt sich erstere, ist das Becken absolut zu eng, der Kaiserschnitt. Ein Hydrocephalus ist

Digitized by Google

natürlich zu punktieren, und ebenso wie das schon abgestorbene Kind, ev. zu perforieren, bei Querlage zu dekapitieren.

Ist die Ruptur erfolgt und das Kind noch nicht aus dem Genitalschlauch exprimiert, so muß es sofort am vorliegenden Teil extrahiert werden, ev. mit Perforation des Kopfes, da das Kind ja meist tot ist. Ist das Kind dagegen in die Banchhöhle ausgetreten, so ist bei sicherer Gewähr für Aseptik die Laparotomie vorzunehmen; im andern Fall und wenn die Patientin durch Intoxication oder Blutverlust stark collabiert ist, kann ein Versuch mit der vaginalen Extraktion auch hier gemacht werden.

Die Behandlung der Ruptur nach erfolgter Entbindung ist dem Befund und den Umständen anzupassen. Besteht keine größere Blutung, so genügt vielfach schon die Jodoformgazedrainage. Stellt man eine innere Blutung fest (Collaps), so ist die Laparotomie mit Unterbindung der Uterina, Naht der Rißstelle und endlich in den äußersten Fällen mit folgender Exstirpation des Uterus, wenn Verdacht auf Infektion vorhanden ist, angezeigt. L.

Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau. Prof. Ahlfeld. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, LI. Bd., 2. Heft.)

Ueber die Höhe des Blutverlustes bei einer normalen Geburt werden in den neueren Lehrbüchern, wenn überhaupt, meist nur Mittelzahlen angegeben. Man darf sich daher nicht wundern, wenn einerseits geringfügige Blutverluste überschätzt werden und zu unnötigen, oft gefährlichen Manipulationnn Anlaß geben, wenn andererseits heftigere Blutungen verkannt werden und über das Erlaubte hinaus gezögert wird. A., der schon früher die Resultate der Marburger Anstalt veröffentltcht hat, unternimmt es nun an der Hand der Journale von 6—7000 Geburten, bei denen eine genaue Messung der abgegangenen Blutmengen vorgenommen worden ist, eine abschließende Publikation zu bringen, aus der dann, wie er hofft, brauchbare Schlüsse für die Praxis gezogen werden können. Was den Blutverlust bei normalen Geburten betrifft — die Methode der Feststellung des Blutverlustes ist vorher auf's Genaueste angegeben —, so ergaben sich unter allen Geburten der letzten Jahre, in Summa 2058, bei denen die Placenta zwei Stunden nach der Geburt exprimiert wurde, 1467 normale Geburten mit einem Durchschnittsverlust von 435,8 g, während bei den 4508 Geburten der vorausgegangenen Zeit, bei denen nur $1^1/_2$ Stunden post partum exprimiert wurde, sich der Gesamtblutverlust im Durchschnitt auf 450,1 g belief. In beiden Serien überwiegt der Blutverlust Mehrgebärender um

Digitized by Google

56 g den der Erstgebärenden. Die folgende Tabelle, die den Blutverlust im Verhältnis zum Gewicht des Kindes behandelt, ergibt, daß die Höhe des Blutverlustes ganz wesentlich von der Größe des Kindes abhängt, so daß daraus der berechtigte Schluß zu ziehen ist: Wird ein Kind von 7—8 Pfund und darüber geboren, so ist ein Blutverlust von 600—800 g etwas Normales. — Der Blutverlust zeigt ferner eine Zunahme mit der Flächenausdehnung der Placenta. Im Folgenden prüft er, ob die Dauer der Austreibungsperiode und die Zeit des Blasensprunges einen Einfluß auf die Blutung in der Nachgeburtsperiode ausüben, und kommt zu dem Ergebnis, daß die Dauer der Austreibungsperiode keinen irgendwie nennenswerten Einfluß auf die Blutung hat, nur bei Mehrgebärenden ist eine zu lange Austreibungsperiode prognostisch ungünstiger. Die Zeit des Blasensprunges an 3222 Protokollen registriert, ließ keinen Einfluß auf den Blutverlust erkennen. Ueber die Höhe des Blutverlustes je nach der Dauer der Nachgeburtsperiode gibt die folgende Tabelle dahin Auskunft, daß in die erste Stunde nach der Geburt des Kindes alle schweren Blutungen fallen; ist einmal diese Stunde vorüber, so sind Blutungen erheblicher Art sehr selten, wie er dies in 79,3 pCt. seiner sämtlichen Geburten feststellen konnte.

Den Verlauf der Nachgeburtsperiode nach pathologischen Geburten betreffend, so mußte hier von dem Verfahren, $1^1/_2$ bis 2 Stunden zu warten, ehe die Expressio placentae vorgenommen wurde, in 21,3 pCt. (4566 Geburten) Abstand genommen werden, und zwar bei Fällen von Sectio caesarea, septischem Fieber in der Geburt, bei vielen Placenta praevia-Fällen und bei einzelnen schwerkranken Frauen; in einer erheblichen Zahl der Geburten zwang stärkerer Blutabgang zur Abkürzung der Nachgeburtszeit. Tabellarisch werden die Arten der Geburtsabnormität und der dazugehörige Prozentsatz der Fälle mit abgekürzter dritter Periode auf geführt.

Was die Folgen des Blutverlustes in der Nachgeburtsperiode auf das Befinden der Frau anlangt, so lehrt der erste Teil der vorliegenden Arbeit, daß ein Blutverlust bis zu 800 g sehr wohl normal sein kann, daß man also bei gesunden kräftigen Gebärenden einen Blutverlust von 1000 g in der Nachperiode nicht zu fürchten braucht; bei schwächlichen, decrepiden, kranken Personen hingegen lassen sich keine Regeln aufstellen.

Als erstes Resultat seiner Untersuchungen bringt A. die Tatsache: Eine Blutung unter 1000 g verläuft meist ohne jede subjektive und objektive Erscheinung, vorausgesetzt, daß es sich um eine gesunde Gebärende handelt. Das erste Symptom, das sich einzustellen pflegt: Beschleunigung der

Digitized by Google

Herzfrequenz mit Kleinerwerden der Pulswelle, tritt meist erst nach Verlust von 1000—1500 g Blut auf. Bei Blutverlusten von 1600—1800 g melden die Protokolle im großen Prozentsatz als weitere Erscheinungen: Kälte der Körperspitzen, Ausbrechen eines kalten Scheißes, und von subjektiven Erscheinungen: Erbrechen, wiederholtes Gähnen, beginnender Lufthunger, Klage über zunehmenden Durst, Schwindel, Ohnmachtsanwandlungen, Angstgefühl, Aussetzen des Pulses. Bei noch stärkerem Blutverluste bis 2500 g traten nun Ohnmachtsanfälle, Verfall, andauernde Bewustlosigkeit oder große Unruhe, Muskelkrämpfe, schließlich unwillkürlicher Abgang von Kot, Unterbrechung der Atmung und Aufhören der Herztätigkeit ein. Was seine Fälle anbetrifft, so konnte er bei einem Blutverluste von 1500—2000 g in der Mehrzahl derselben nur relativ leichte oder mittelschwere Erscheinungen der Anämie konstatieren; in 4 Fällen trat Collaps und danach Tod ein. In den 23 Fällen von Blutverlust über 2000—2500 g blieb es in 7 Fällen nur bei Erscheinungen erhöhter Pulsfrequenz, in 8 Fällen traten stärkere Symptome der Anämie ein, 1 Fall endete tötlich. Die 4 Fälle, bei denen Verluste von über 2500 g beobachtet wurden, wie auch 1 Fall mit einem höheren Blutverlust als 3000 g blieben sämtlich am Leben. Diese Verschiedenheit in den Folgen des Blutverlustes weist darauf hin, daß besondere Umstände den Fall komplizieren müssen, wenn es zum tötlichen Ausgang kommen soll oder daß besondere Umstände — abnorm große und gräftige Frauen, längeres Hinziehen der Blutung — den tötlichen Ausgang aufzuhalten im Stande sind. Dies ergibt sich aus dem Verlauf der 5 Todesfälle infolge Verblutung im Anschlusse an die Nachgeburtsperiode. Es sprechen diese 5 Todesfälle mithin nicht gegen die Annahme, daß eine gesunde, kräftige Frau sehr wohl 1500—2000 g Blut verlieren kann, ohne daß Verblutungstod erfolgt; ja, wie er an 2 eklatanten F[illegible] zeigt (bei 2000 bis 3000 g Blutverlust), ohne daß [illegible]bliche Zeichen der Anämie sich bemerkbar machen. Auch über die späteren Folgen größerer Blutverluste in der Nachgeburtsperiode hat er Untersuchungen anstellen lassen. Es ergibt sich daraus, daß auch bei sonst normalen Wochenbette nach größerem Blutverluste die Pulsfrequenz die ersten Tage, meist aber die ganze Zeit, die eine Wöchnerin in der Anstalt zu sein pflegt, sich höher hält, als normal. Auf Milchproduktion und Stillgeschäft haben größere Blutverluste keinen erheblichen Einfluß.

In seinen Schlußbetrachtungen betont A., daß regelmäßige Kontrolle des Pulses (in der Wehenpause) und häufiges Besichtigen der Unterlagen am besten vor den sonst unerwartet aufgetretenen heftigeren Blutungen schützen und

Digitized by Google

die Hebammen in den Stand setzen, diesen vorzubeugen. Für das Wochenbett ergebe sich die praktische Nutzanwendung, daß, wenn die Frauen nach starken Blutverlusten sich wieder etwas erholt haben, sie sehr wohl den Versuch machen können, ihr Kind zu stillen. Ein hoher Blutverlust in der Nachgeburtsperiode sollte stets ein länger durchgeführtes Wochenbett zur Folge haben. — (Allgemeine medizinische Zentralzeitung).

Kussmauls Methode zur Stillung übergrosser menstrueller Blutungen. Von G Klemperer. (Halbmonatsschrift für Frauen- und Kinderkrankheiten, 1904, No. 9.) Da die Kussmaulsche Methode nicht so allgemein bekannt ist, wie sie es verdient, so giebt K. die Beschreibung derselben wieder, welche sich in dem Lehrbuch der Magenkrankheiten von W. Fleiner (Stuttgart 1897, Enke) S. 160 findet, der sie an dieser Stelle zum ersten male veröffentlicht hat. Die Kussmaulsche Methode besteht in der Kompressionstamponade des Uterus.

„Wie man eine Blutung an irgend einer zugänglichen Körperstelle, sagen wir am Arme, stillt, indem man kunstgerecht die zuführenden Gefäße komprimiert oder wenn dies nicht angeht, auf die blutende Wunde selbst einen Druck ausübt oder einen Druckverband anlegt, so kann das auch bei stärkeren Blutungen aus dem Uterus geschehen, indem man durch kleine Tampons, welche man hoch hinauf in das Scheidengewölbe einführt, den Uterus, wenigstens den unteren Abschnitt desselben, und den Cervix von allen Seiten so zusammendrückt, daß jede übermäßige Blutzufuhr aufhört und die Menstrualblutung nach Belieben eingeschränkt oder ganz unterdrückt wird.

Man beginnt die Tamponade, die „Blutstopfung" bei Frauen, welche erfahrungsgemäß bei jeder Periode zu stark oder zu lange bluten, in der Regel etwa 12—24 Stunden nach dem Eintritt der Periode, unter Umständen auch gleich im Beginne derselben. Zuvor wird der Darm (durch ein Klistier entleert und die Scheide durch eine Ausspülung mit lauwarmem (24—26°) Borwasser gereinigt. Die Tampons hat sich der Arzt unterdessen, etwa 3—4 an der Zahl, vielleicht auch noch mehr, hergestellt durch festes Aufrollen schmaler, in lauwarmes Borwasser gelegter Wattestreifen. Während des Rollens wird die Watte so geknetet, daß der fertige Tampon die Form einer Spindel hat und so dick, aber nicht ganz so lang, wie ein mittelgroßer Daumen ist.

Damit die Patientin sich selbst die Tampons später wegnehmen kann, ist es zweckmäßig, letztere gleich an einem Baumwollfaden zu befestigen.

Nachdem schließlich die Tampons mit Borvaselin gut

Digitized by Google

eingefettet sind, führt man in der Rückenlage der Frau, mit hochgezogenen Knien, während zwei Finger der linken Hand die Labien etwas auseinanderhalten, mit der rechten Hand den größten Tampon zuerst in die Scheide, natürlich der Längsachse des Tampons entsprechend, und, wenn er da schon ziemlich hoch liegt, geht man mit dem rechten Zeigefinger ebenfalls in die Scheide, dreht den Tampon so, daß er quer zu stehen kommt und schiebt ihn nun im hinteren Scheidengewölbe so weit hinauf, als es ohne Schmerzen möglich ist. In ähnlicher Weise wird der zweite, etwas kleinere Tampon in das vordere Scheidengewölbe geschoben und wenn nötig, noch ein dritter oder vierter kleiner Tampon rechts oder links hin, da, wo noch eine Lücke ist Bei einiger Geschicklichkeit kommt man mit drei Tampons aus, mit einem größeren hinteren, einem kleineren vorderen und wieder einem größeren, den man zur Stütze der beiden anderen noch einschiebt und querstellt. Macht man die Tampons sehr klein, so braucht man natürlich mehr, auch muß dann zum Schluß noch ein größerer Tampon quer in die Vagina gelegt werden. Mit Ausnahme eines Druckgefühls im Becken haben die Patientinnen keine Beschwerden; nur müssen sie liegen bleiben, damit die Tampons sich nicht verschieben. Nach 24 Stunden entfernt man die Tampons — und ist dabei oft erstaunt, zu finden, daß kaum einer von ihnen blutig imprägnirt ist, wenn die Stopfung gut gemacht worden ist — läßt den Darm entleeren und die Scheide spülen, um die Manipulationen von neuem zu beginnen.

An die Schüler von Prof. Naunyn.

Herr Prof. Naunyn hat am Schluß des vergangenen Semesters sein Amt als Lehrer der Inneren Medizin niedergelegt.

Wir wenden uns an alle, die während seiner annähernd 40jährigen Tätigkeit durch seine Schule gegangen sind, mit der Aufforderung, ihm in einer gemeinsamen Adresse zu danken.

Die Schüler Prof. Naunys werden gebeten, uns ihre Namen und Adressen mitzuteilen, damit wir ihnen Blätter zum Eintragen der Unterschriften zusenden können.

Straßburg i. E., im November 1904.

Prof. Naunyns letzte Schüler.

I. A. Heimendinger, cand. med.
Zschocke, cand. med.

Zuschriften zu richten an:
Zschocke, Lessingstraße 31, III, Straßburg i. E.

Redakteur: Sanitätsrat Dr. *Wilhelm Herr*, prakt. Arzt in Wetzlar.
Druck und Verlag der *Schnitzler'schen Buchhandlung* in Wetzlar.

Digitized by Google

Der praktische Arzt.

Nro. 12. XLIV. Jahrgang. 25. Dez. 1904.

Diese Zeitschrift erscheint in Wetzlar monatlich in der Stärke von 1 bis 2 Bogen und kostet durch Buchhandel oder Post bezogen jährlich 3 Mark, Ausland 3 Mk. 60 Pf. Alle für dieselbe bestimmten Zusendungen bittet man franco an die **Schmitzler'sche Verlagshandlung**, Wetzlar, Weissadlergasse No. 9 zu richten.

Inhalt:

Luxationen im Schultergelenk; Originalbeitrag von Dr. Kühner (Coburg). — Ueber neue Mineralquellen. — Ueber physiologische und pathologische Albuminurie. Hautentzündungen durch Pflanzenstoffe erzeugt. — Die Behandlung der Knochenbrüche mit Gewichtsextensionen. Die Erfolge der Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses. Die Kurzsichtigkeit, ihre Entstehung und Bedeutung. — Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittels der Bougiemethode. Ueber Säuglingsskorbut. Die chronische Stuhlverstopfung im Kindesalter und ihre Behandlung. — Dymal. Ueber Darmantisepsis. Ungesunde Kreide.

Luxationen im Schultergelenk.

Originalbeitrag von Dr. A. Kühner (Coburg).

Einige der häufigsten Luxationen bilden diejenigen im Schultergelenk. Obschon deren Mechanismus und Symptome genau studiert worden, kommen immer noch Klagen über falsche Diagnosen und fehlerhafte Behandlung. Bei einigermaßen sorgfältiger Untersuchung können Verstöße kaum stattfinden und wir haben so viele einfache Verfahren, daß selbst dem praktischen Arzt, der zumeist unter weit schwierigeren Verhältnissen handeln muß, als in der Klinik, Mittel und Wege zum Erlangen sicherer Diagnosen und erfolgreicher Behandlungsweisen zustehen. Den klinischen und den von ihm ganz abweichenden praktischen Standpunkt bei der Behandlung einer Luxation kennzeichnet folgender vor etwa 40 Jahren in einer der besuchtesten chirurgischen Kliniken Deutschlands vorgekommener Fall. Ein Landmann, der Tags zuvor (!) in das Krankenhaus wegen einer Luxation im Schultergelenk aufgenommen worden, wird vom Universitätsprofessor dem Auditorium vorgestellt. Derselbe führte nach Aufnahme der Anamnese und Feststellung der Diagnose etwa folgendes aus: Die Reposition würde sich voraussichtlich leicht vollziehen unter Anwendung des Chloroforms. Ich versetze mich aber zu Ihrer Information und praktischen Würdigung in eine Notlage, in der Sie ähnliche Fälle unter weit ungünstigeren Verhältnissen bei mangelnder Beihilfe ohne Chloroform behandeln müssen. Die Einrichtung wurde

Digitized by Google

nun ohne Chloroform unter großen Schwierigkeiten und gleichermaßen Schmerzensäußerungen des Vulneraten vorgenommen. Dieser Fall ist ein instruktives Beispiel zur Würdigung der Luxationen in ärztlicher und forensischer Beziehung. Der Lehrer begeht ohne Zweifel eine absichtliche Berufsverfehlung zu Gunsten der Schüler und noch mehr wohl zu Gunsten der von ihnen später zu behandelnden schwer Beschädigten. Wir lassen hier die sich an diesen für Aerzte und Richter lehrreichen Fall anknüpfende Frage: Soll der Arzt Chloroform verwenden zum Zweck der Diagnose und Behandlung der Frakturen und Luxationen? ganz außer Acht und wenden uns sofort an unsere neuen Beiträge zur Diagnose und Behandlung der Luxationen im Schultergelenk. Das Schultergelenk besitzt bekanntlich unter allen Gelenken die größte Bewegungsfreiheit und Excursion. Dieses wird dadurch ermöglicht, daß einerseits die Gelenkpfanne des Schultergelenks sehr flach und daß die Gelenkkapsel sehr weit ist. Unter diesen Ausschreitungen der Bewegungsfreiheit sind die Luxationen nach oben, wenn nicht Komplikationen vorliegen, auszuschließen, da hier das breite und starke Acromion das Gelenk überragt. Ebensowenig kommen Luxationen nach unten in Betracht, da diese nur eintreten können, wenn die Tricepssehne abgerissen ist. Die Luxationen im Schultergelenk kommen also nach vorne oder hinten zustande. Wir unterscheiden hiernach die präglenoidalen und die retroglenoidalen Verrenkungen, unter denen die letzteren sehr selten, da die hintere Kapselpartie außerordentlich stark ist, indem sich hier die Auswärtsroller des Oberarms, der Musc. infraspinatus, supraspinatus und teres minor ansetzen. Unter den Unterarten der präglenoidalen Luxation ist die häufigste die Luxatio subcoracoidea, bei welcher der luxierte Kopf knapp unter dem Processus coracoideus steht. Rückt der Kopf noch weiter nach innen, so kommt eine immerhin nicht häufige Form die Luxatio intracoracoidea zustande. Tritt der Kopf noch weiter, unter das Schlüsselbein, so haben wir die Luxatio subclavicularis und stellt er sich in die Achselhöhle die Luxatio axillaris.

Die Reposition der Schulterluxationen gelingt oft überraschend leicht einfach dadurch, daß man unter gleichzeitigem Zug an der Extremität direkt auf den Kopf mit den Fingern drückt, um ihn auf diese Weise in die Pfanne hineinzuschieben. Namentlich ist dies bei großem Kapselriß möglich. Auch die Reposition der hinteren Luxation gelingt zumeist auf diese Weise, namentlich wenn man mit dem Druck hinten auf den Kopf noch eine leichte Rotation nach außen verbindet. Was die direkte Repositionsmethode betrifft, so hat man unter vielen die Wahl. Hat man ohne

Digitized by Google

Chloroform und ohne Beihilfe zu reponieren, so empfehle ich die Methode von Astley Cooper, bei welcher die Ferse des Chirurgen in die Achselhöhle des am Boden liegenden Vulneraten eingesetzt wird, gleichzeitig zieht der Operateur stark am Arm an, eventuell erhebt er ihn bis zur Horizontalen, um ihn alsdaun allmählig, während immerfort die Ferse auf den luxierten Kopf drückt, an den Thorax heran, eventuell noch weiter adducierend über die Vorderfläche des Thorax nach innen zu führen.

Eine neue einfache Methode zur Reposition der Luxationen im Schultergelenk hat soeben E. Bulton-Philadelphia angegeben. (A simple Method for the reduction of luxations of the Humerus, American Journal of medical sciences. Juni 1904. Lea Brothers & Co., Philadelphia.) Dieses Verfahren stützt sich auf die Tatsache, daß trotz der Bewegungsfreiheit des Humerus die Scapula an dieser unter normalen Verhältnissen nur wenig Anteil nimmt. Bei Luxationen im Gelenk dagegen ist die Möglichkeit passiver Bewegungen der Scapula groß. Das neue Repositionsverfahren stützt sich auf 15 Fälle eigener Beobachtung und neun fremder. Dasselbe ist bei allen Luxationen im Schultergelenk verwendbar: Der Chirurg steht hinter den sitzenden Vulneraten und verrichtet die Manipulationen mit der der beschädigten Seite entsprechenden Hand. Diese wird zum Teil geschlossen, der Daumen extendirt und das Handgelenk proniert. Der Ballen des Daumens wird unter, entgegen und parallel den unteren Rand der Scapula an ihre Axillargrenze und außen an ihren unteren Winkel gestemmt. Unter Ausübung eines festen Druckes wird das Handgelenk langsam und stetig supiniert, indem der Druck aufwärts und gleichzeitig einwärts ausgeübt wird. Diese Manipulation, wenn geeignetermaßen vollführt, drückt den unteren Winkel der Skapula aufwärts und gegen die Medianlinie, indem er den unteren Rand der Cavitas glenoidea herabdrückt und so gewöhnlich die prompte Reposition jeder Varietät der Luxation im Schultergelenk bewirkt. Wenn bei der Luxatio subcoracoidea die Reposition selbst bei einer Wiederholung nicht gelingt, so soll ein Druck mit dem anderen Daumen auf den Kopf des dislocierten Humeruskopfes in der Richtung der Längsachse des Knochens ausgeübt werden. Dieses Repositionsverfahren bietet 1) keine Gefahren, indem ein kurzer Hebel statt eines langen in Kraft tritt. 2) In Fällen, in denen Frakturen des Humerus oder der Vorderarmknochen vorliegen, vermag der Chirurg die Reposition zu bewirken, ohne die Extremität zu erfassen. 3) Der Vulnerat erleidet durch die Prozedur keine große Schmerzen.

Digitized by Google

I. Pharmacologie, Balneologie, Hygiene und Bacteriologie.

Ueber neue Mineralquellen von H. Kionka, Jena. (Med. Klinik 2.05). Fortwährend wird der Heilschatz des Arztes durch neue Erzeugnisse der chemischen Industrie vergrößert, und wohl kaum eine Woche vergeht, in der nicht irgend ein neues chemisches Präparat als Arzneimittel anempfohlen wird. Doch nicht nur künstliche Produkte der Industrie sind es, welche zum Heile der Kranken in immer höherem Maße herangezogen werden, sondern man sucht auch die Erzeugnisse aus den Laboratorien der Natur, die natürlichen Produkte zu Heilzwecken nutzbar zu machen. Vor allen Dingen sind dies die natürlichen Mineralquellen, die ja schon von Alters her therapeutisch verwandt werden. Und ebenso wie die Zahl der neuen auf künstlichem Wege hergestellten Arzneimittel fortwährend wächst, so erweitert sich auch von Jahr zu Jahr der Kreis der therapeutisch verwandten natürlichen Mineralquellen. Freilich wird auch hier wie unter den Erzeugnissen der pharmazeutischen Industrie gar manches auf den Markt gebracht, das nur in einer geschickten und übertreibenden Reklame wertvoll erscheint, in Wahrheit aber vielleicht weder das Prädikat „natürlich", noch die Bezeichnung „Mineralwasser" verdient. Indessen finden sich — ganz wie bei den neuen pharmazeutischen Produkten — unter der Spreu einige Körner, die der Verwendung wert sind. — Wir wollen im folgenden auf einige neuere Mineralquellen aufmerksam machen, welche nach chemischer und physikalischer Beschaffenheit erwarten lassen, daß sie eine gewisse Bedeutung im therapeutischen Rüstzeug des Arztes erlangen dürften.

Wenn wir von „neuen" Mineralquellen sprechen, kann es sich dabei natürlich nicht um absolut „neue" Quellen handeln, die bisher noch gar nicht vorhanden waren, sondern „neu" ist nur ihre therapeutische Verwendung, und auch diese gewöhnlich nicht einmal, denn in den meisten Fällen handelt es sich um natürliche Mineralquellen, welche in früheren Zeiten bereits — wenigstens von der nächsten Nachbarschaft — gegen alle möglichen Krankheiten gebraucht wurden, und deren therapeutische Verwendbarkeit nur in Vergessenheit geriet.

Außerdem kommen Mineralquellen in Betracht, welche man im Gegensatz zu den eben besprochenen tatsächlich als „neue" bezeichnen kann. Das sind Quellen, welche bisher die Erdoberfläche nicht erreichten, und auf die man in der Tiefe der Erde bei einer Bohrung gestoßen ist.

So wurde vor etwa zwei Jahren, wenige Meter von dem bekannten Rhenser Sprudel entfernt, unmittelbar am linken Ufer des Rheins eine Mineralquelle erbohrt, welche

Digitized by Google

mit Beziehung auf den dicht benachbarten „Kaiserstuhl“ als „Kaiser Ruprechtquelle“ bezeichnet wurde.

Das Wasser dieser Quelle ist von Professor Hintz im Laboratorium Fresenius in Wiesbaden chemisch analysiert worden. Danach gehört sie zu den alkalisch-salinischen Quellen, enthält also eine größere Menge von Glaubersalz neben kohlensauren Alkalien. Sie unterscheidet sich jedoch von den übrigen Mineralquellen dieser Gruppe durch einen verhältnismäßig hohen Kochsalzgehalt. So besitzt der Karlsbader Mühlbrunnen, einer der bekanntesten Repräsentanten dieser Gruppe 1,028 g Chlornatrium im Liter, die Rhenser Kaiser Ruprechtquelle dagegen 1,606 g. Im ganzen ist die Mineralisation dieses neuen Wassers keine hohe, die Quelle enthält nur 4,108 g feste Bestandteile im Liter (der Karlsbader Mühlbrunnen dagegen 5,47 g). — Als eigenartig für die Kaiser Ruprechtquelle ist vielleicht auch noch der im Vergleich zu anderen alkalisch salinischen Quellen hohe Eisengehalt zu erwähnen.

Das Wasser wird an Ort und Stelle in unverändertem Zustande auf Flaschen gefüllt und scheint nach den bisherigen Erfahrungen auch längere Zeit sich zu halten.

Die Indikationen werden danach die gleichen sein wie bei anderen alkalisch-salinischen Quellen, d. h. das Wasser ist zu versuchen bei Stoffwechselerkrankungen, katarrhalischen Zuständen der verschiedenen Schleimhäute und als schwach abführendes Getränk bei chronischen Magen- und Darmerkrankungen, Gallensteinen, Leberleiden usw. Jedoch ist dabei nicht zu vergessen, daß der Gehalt des Wassers namentlich an Glaubersalz und kohlensauren Alkalien im Vergleich z. B. zu den Karlsbader Quellen ein bedeutend geringerer ist, sodaß derartige intensive Wirkungen wie mit jenen Quellen, mit der Kaiser Ruprechtquelle nicht zu erzielen sein werden. Andererseits gestattet gerade die geringe Mineralisation die Verwendung dieses Wassers als diätetisches Getränk, wozu es durch die Menge der in ihm enthaltenen freien Kohlensäure und seinen dadurch sowie den verhältnismäßig hohen Kochsalzgehalt bedingten angenehmen und erfrischenden Geschmack besonders geeignet erscheint.

Von den „neuen Mineralquellen“ der anderen oben geschilderten Art soll auch noch auf einige hingewiesen werden. — Eine solche Quelle ist die „Donarquelle“ bei Fritzlar.

Sie war schon vor Jahrhunderten unter dem Namen „Sauerbrunnen“ bekannt, geriet aber Anfang des neunzehnten Jahrhunderts infolge der Kriegswirren ebenso wie die benachbarten Wildunger Quellen in Vergessenheit. Sie entspringt in dem lieblichen Tale des kleinen Elbeflusses, der

Digitized by Google

sich oberhalb Fritzlar in die Eder ergießt. Von letzterem Orte 4 km entfernt, nahe bei dem geſchichtlich interessanten Flecken Geismar, steht auf dem wiesigen Talgrunde einer flachen von dichtbewaldeten Bergen umgebenen Mulde der alte noch gut erhaltene Brunnentempel, der den Ursprung der Quelle beherbergt. Auf der höchsten der das Tal begrenzenden Anhöhen hat der Sage nach Bonifacius dereinst die Donareiche gefällt. Die Erinnerung daran soll in Zukunft auch in den Namen „Donarquelle" fortleben. Die Quelle ist vor etwa zwei Jahren neu gefaßt und wird an Ort und Stelle in unverändertem Zustande zum Versand auf Flaſchen gefüllt. Die chemiſche Analyse der Quelle, welche kürzlich von dem Chemiker Dr. Uffelmann in Kassel ausgeführt wurde, stellt das Wasser wie die Wildunger Quellen zu den alkaliſch-erdigen Säuerlingen. Die Quelle zeigt eine auffallend ähnliche Zusammensetzung wie die Georg Victorquelle in Wildungen, nur übertrifft sie letztere erheblich im Kochsalzgehalt, ohne jedoch die Menge des in der Wildunger Helenenquelle enthaltenen Kochsalzes zu erreichen. (Der Kochsalzgehalt beträgt in der Georg Victorquelle 0,0075 g, in der Donarquelle 0,2811 g, in der Helenenquelle 1,0437 g pro Liter). Der Mineralisationsgrad (1,6 g pro Liter) ist etwas höher, als der der Georg Victorquelle (1,0 g pro Liter), aber erheblich geringer, als der der Helenenquelle (3,g pro Liter). Der Kohlensäuregehalt aller drei Quellen ist annähernd der gleiche.

Die therapeutiſchen Indikationen sind also dieselben wie bei den Wildunger Quellen. Vielleicht kommt der Donarquelle gegenüber der Georg Victorquelle eine (erwünſchte) geringe Abführwirkung zu, ohne jedoch hierin mit der an Kochsalz bei weitem reicheren Helenenquelle verglichen werden zu können.

Eine andere Quelle, welche ebenfalls in neuester Zeit der Vergessenheit entrissen wird, ist die Solquelle zu Wilhelmsglücksbrunn bei Creuzburg an der Werra.

Sie ist mit zwei anderen Quellen zusammen etwa in der Mitte des 15. Jahrhunderts erbohrt und zunächst zur Salzgewinnung verwandt worden. Da die Ausbeute an Kochsalz jedoch nicht lohnend war, wurde der Betrieb (wohl im 18. Jahrhundert) wieder eingestellt. Das Wasser der Quelle wurde aber seitdem zu Heilzwecken innerlich und äußerlich verwandt, und es bestand sogar zeitweilig ein „Solbad Creuzburg" mit Kurhaus und Badehäusern Jedoch ist auch davon fast nichts mehr zu sehen. Das Wasser wurde in den Jahrzehnten nur von den Bewohnern von Creuzburg und der nächsten Umgebung benützt. Im Jahre 1903 ist diese Quelle, welche aus sehr großer Tiefe stammt und eine noch brauchbare Fassung besitzt, von Professor Hintz analysiert

Digitized by Google

worden. Sie stellt danach eine etwa 1%ige Sole dar, welche neben Kochsalz noch erhebliche Mengen von schwefelsauren Salzen der alkalischen Erden enthält. Auch früher wurde schon aus den Mutterlaugen der Salzsiederei Glaubersalz gewonnen.

Nach dieser Analyse reiht sich diese Quelle, welche neuerdings den Namen „Großherzogin Karolinenquelle" erhalten hat, direkt dem Schönbornsprudel zu Kissingen und namentlich dem Bonifaziusbrunnen zu Salzschlirf an. Mit den bekannten Heilanzeigen des letzteren dürften sich die Indikationen dieser neuen Quelle decken.

Vom ärztlichen Standpunkt ist es daher zu begrüßen, daß das Wasser dieser Quelle wiederum in großem Maßstabe nutzbar gemacht werden soll, und zwar besteht die Absicht, diese Quelle nicht nur an Ort und Stelle zum Versand auf Flaschen zu füllen, sondern auch das Wasser in Röhren nach dem nur 14 km entfernten Eisenach zu leiten, wo es zum Trinken und Baden verwandt werden soll. Der Gedanke, die Stadt Eisenach hierdurch zu einer „Kurstadt" zu machen, darf bei ihrer bekannten herrlichen Lage zwischen Wäldern und Bergen wohl als ein glücklicher bezeichnet werden. Und da dieses Unternehmen, wie verlautet, von der Stadt Eisenach selbst in die Hand genommen werden soll, so ist zu erwarten, daß es auch einen gedeihlichen Fortgang nehmen wird.

Wir sehen also, wie auch von seiten der Balneologie dem Arzt immer wieder neue Hilfsmittel zur Bekämpfung von Krankheiten geliefert werden. Die Erfahrung muß nun zeigen, wie derartige „neue Mineralquellen" sich in der Praxis bewähren werden.

II. Medicin.

Ueber physiologische und pathologische Albuminurie von Prof. Senator. (Vortrag im Verein für innere Med. am 21. Nov. 04.) Der Begriff der physiologischen Albuminurie ist ganz modern. Früher war er eine Contradictio in adjecto. Albumen galt unter allen Umständen als abnormer Bestandteil des Harnes. Erst 1882 hat S. zuerst nachgewiesen, daß in jedem normalen Harne Eiweiß in Spuren vorhanden sein kann. Er ging davon aus, daß bei anscheinend gesunden Personen Eiweiß sich nachweisen ließ. Er nahm an, daß jeder normale Urin in der Tat Spuren von Eiweiß enthalten muß. Posner lieferte dann den tatsächlichen Nachweis von Eiweiß in jedem Urin. Schließlich hat Graf Moerner in Stockholm bestätigt, daß das, was man früher als Mucin oder Nucleoalbumin be-

Digitized by Google

zeichnete, eine Verbindung von Eiweißkörpern ist. Diese kleinen Mengen hat man bei physiologischer Albuminurie nicht im Sinne; sondern es ist ein Gehalt von einigen Kubikzentimetern Coagulum. Man versteht darunter auch nicht die Albuminuria spuria, wo das Eiweiß aus fremden Quellen, z. B. aus Blutbeimengungen, stammt. — Die Albuminurie kommt bei vielen krankhaften Zuständen vor, namentlich bei Nierenaffektionen, mögen sie einseitig oder beiderseitig, circumscript oder diffus sein. Die Deutung des Zeichens hängt von der Bedeutung der zu Grunde liegenden Affektionen ab. Diese ist aber nicht immer leicht zu finden. Namentlich fand man Eiweiß bei anscheinend gesunden Personen, die über fast gar keine Störungen klagten. Diese Form bezeichnete man als funktionelle, einfache, idiopathische oder essentielle Albuminurie. Ist sie unter allen Umständen pathologisch oder kann sie auch physiologisch sein? Die Frage ist schon durch Leube beantwortet worden, der durch Untersuchungen an Soldaten nachwies, daß in der Tat bei gesunden Menschen nach starken Märschen Eiweiß im Urin erscheinen kann. Trotzdem fragt man — auch ärztlicherseits — immer noch, ob das nicht pathologisch ist. Die Vorstellung besteht immer noch, daß der gesunde Urin frei von Eiweiß sein muß. „Abnorm" und „pathologisch" werden hier verwechselt. Die Begriffe sind nicht identisch. Z. B. ein Mensch wird bei Aufregungen blutrot, ein anderer weiß, ein dritter verfärbt sich überhaupt nicht. Es gibt Menschen, die beim Bergsteigen Schweiß vergießen, andere nicht. Das ist doch nicht pathologisch, aber abnorm; krankhaft ist ein Zeichen erst, wenn es über das äußerste physiologische Maß hinausgeht. Der Harn kann oft abnorm sein, ist aber dann noch nicht pathologisch. Der Urin enthält immer Zucker in kleinen Mengen; unter gewissen Verhältnissen, die innerhalb der physiologischen Grenzen liegen, kann er zuckerhaltig werden: physiologische Glykosurie. Auch von physiologischer Indicanurie, Acetonurie und Oxalurie spricht man. Also ist es nicht wunderbar, daß auch Eiweiß nach bestimmten Anlässen in physiologischer Weise im Urin auftritt. In Betracht kommt zunächst anstrengende Muskelarbeit zumal der unteren Extremitäten: Radfahren, Bergsteigen, Fußballspielen etc. Das trifft einen Bruchteil gesunder Menschen; dabei werden auch Cylinder mit und ohne Eiweiß gefunden. Sie sind an sich durchaus kein pathognomonisches Zeiches für Nephritis. Dann findet sich Albuminurie nach reichlichen Mahlzeiten, die sehr viel Eiweiß enthalten. Das ist aber nicht sehr häufig (Leube). Radt hat Kadetten daraufhin untersucht; er hat bei 10,7 pCt. Eiweiß nach der Mittagsmahlzeit gefunden. Die Menstruation ist die dritte Ursache. Schon 1890 hat S. dies erwähnt.

Digitized by Google

Ein weiterer Anlaß sind kalte Bäder. Aber hier müssen die Bäder einen Kältegrad haben, der schon nicht mehr physiologisch sein mag. Aehnlich verhält es sich mit psychischen, namentlich geschlechtlichen Aufregungen, z. B. nach Onanie und Masturbation, besonders bei Mädchen. Auch nach anderen Aufregungen, ja schon nach geistigen Anstrengungen sah S. Albuminurie auftreten. Diese Vorgänge liegen schon nahe dem pathologischen Gebiete. — Es ist schwer zu sagen: was ist für den Einzelnen physiologisch und was pathologisch? Pathologisch werden solche Zustände, wenn sie nicht unter ungewöhnlichen Bedingungen, sondern unter normalen Verhältnissen auftreten. Erst von diesem Gesichtspunkte aus sind alle solche Fälle zu beurteilen. Die cyclische oder orthostatische Albuminurie stellt sich bei jugendlichen Personen ein, wenn dieselben aus dem Bette aufstehen und ein paar Schritte im Zimmer machen. Das ist entschieden pathologisch. Stehen, Gehen und Sitzen gehören zu den normalen, notwendigen Funktionen des Lebens. Daß diese Albuminurie in der Tat, zwar nicht immer, aber meist pathologisch ist, dafür sprechen verschiedene Umstände: 1. Die Tatsache, daß diese Albuminurie sehr häufig ein Zeichen einer abklingenden Nephritis ist. Sehr häufig findet man bei Kindern in schulpflichtigem Alter bis zur Pubertät, daß eine Nephritis nach Scharlach usw. auftrat, daß diese günstig verläuft; man läßt dss Kind aufstehen; immer wieder tritt die Eiweißausscheidung ein, um schließlich zu verschwinden oder zeitlebens oder doch lange zu bleiben. Das ist pathologisch. 2. Die Tatsache, daß man nicht immer Nephritis nachweist, aber sicher eine Infektionskrankheit vorangegangen ist, bei der nicht nach einer Nephritis gesucht worden ist; es sind leicht übersehene Krankheiten, wie Angina. 3. Der Umstand, daß Ostwalt in Paris in solchen Fällen eine Retinitis albuminurica nachwies, ja dieselbe manchmal schon vor dem Beginn der Albuminurie fand. 4. Es ist zwar sehr selten Gelegenheit dazu; wenn man aber die Kranken so lange beobachtet, so sieht man Uebergänge von cyclischer Albuminurie in chronische Nephritis. Dazu gehören aber viele Jahre. Ein Arzt war in S's. Beobachtung, der zufällig die Eiweißausscheidung an sich entdeckte, wie er annahm, infolge einer reichlichen Mahlzeit, die zumal mit Weingenuß verbunden war. Bier schien ihm nicht zu schaden. S. sah ihn wiederholt. Er hat ihn 20 Jahre beobachtet; Pat. ist vor drei Jahren an Schrumpfniere in urämischem Coma gestorben. Immer liegt hier ein leichter Reizzustand der Nieren zu Grunde. Häufig hört man die Vorstellung, um eine Nephritis anzunehmen, dazu gehöre Eiweiß nicht nur, sondern renale Elemente, vor allem Cylinder, Das ist aber lange bekannt, daß es chronische

Digitized by Google

Nephritiden gibt, bei denen nie oder selten ein Cylinder gefunden wird. Ferner könne eine Nephritis nicht heilen, sondern ginge immer in Schrumpfung über. Oft sieht man bei der Section oder Operation von Leuten, die keine Spur einer Nierenerkrankung hatten, Narben und Närbchen in den Nieren, d. h. Prozesse, die ausgeheilt sind. In jedem Stadium, vor allem in dem früheren, aber auch später heilt die Krankheit aus. Die leichte entzündliche Reizung der Nieren kann zurückgehen, aber bei unzweckmäßigem Verhalten zurückbleiben. Vielleicht kann es auch einzelne Fälle ohne leichte entzündliche Reizung geben. Immer ist der Eiweißgehalt sehr gering, immer nur bis $^1/_2$ pro Mille. Es ist da sehr schwer, die verschiedenen Eiweißarten von einander zu scheiden. S.'s Versuche in dieser Beziehung sind gescheitert. Es gelingt nicht, sie genügend sicher darzustellen und Schlüsse auf die Natur der Affektion zu ziehen.

Was die Erklärung dieses Zustandes anlangt, so muß eine Disposition vorhanden sein, denn nicht alle Menschen bekommen nach Märschen oder kalten Bädern Albuminurie. Die Disposition kann angeboren oder erworben sein. Welcher Natur ist sie? Leube nimmt eine angeborene Undichtigkeit des Nierenfilters an. Das ist einfach, genügt aber nicht den Tatsachen. Beispielsweise die Albuminurie, die nach körperlichen Anstrengungen entsteht, verschwindet nach Uebung und Trainierung. Man kann nicht annehmen, daß durch dieselbe Ursache, die erst Albuminurie macht, das Filter dicht geworden sein soll. Ein Filter kann sich verstopfen oder größere Poren bekommen. Aber, daß die Poren kleiner werden, ist schwer anzunehmen. Oder es sollen Kinder, die ganz gesund waren, mit einemmale ordentliche Albuminurie bekommen, die sie verlieren können oder auch nicht; wie soll man das mit dem Filter erklären? Es müssen hier also Einrichtungen bestehen, die sich den Verhältnissen des Körpers anpassen. Das Blutgefäßsystem kommt zunächst in Betracht, da es sich immer verschieden verhält, den Beziehungen des Körpers oder der Organe entsprechend. In der Tat spielt hier wie überall das Blutgefäßsystem eine große Rolle, bei manchen Fällen zweifellos, bei anderen wahrscheinlich. Die orthotische Albuminurie anlangend hat man verschiedene Vorstellungen über den Blutdruck in der aufrechten Stellung gehabt. Man glaubt daraus die Albuminurie ableiten zu können. Ueber den Blutdruck im Stehen wissen wir gar nichts. Auch würde aus dieser Kenntnis für die Nieren gar nichts zu folgern sein. Sicher ist nur, daß beim Stehen der venöse Blutsrom im Gebiete der unteren Hohlvene erschwert ist. Dafür spricht die tägliche Erfahrung, daß bei langem Stehen die Adern der Beine anschwellen, Kranke, die eine schwere

Digitized by Google

Krankheit durchmachten, beim Aufstehen Oedem bekommen, orthotisches Oedem, das beim Liegen wieder schwindet. Die Vorschrift ist daher, bei solchen Stauungen die Beine hochzulagern. Nun sagt man, es gibt Fälle, wo bei energischem Hin- und Hergehen diese orthotische Albuminurie schwindet. Namentlich Paul Edel hat darauf jüngst aufmerksam gemacht. Zwei Momente stehen sich gegenüber, einmal die Veranlagung zu Stauungen in den venösen Gefäßen, dann das Moment der Muskelbewegung, die den Blutkreislauf fördert. Hier sind die Bedingungen gegenseitig von Einfluß. Bei schwacher Herztätigkeit wird die Muskelaktion nicht so beschleunigend wirken, um den Einfluß der venösen Stauung auszugleichen. Und im umgekehrten Fall werden wir die Albuminurie verschwinden sehen. Kinder können auch im Bett Bewegungen ausführen, durch die die Albuminurie nicht gefördert, sondern gebessert wird. Dort fällt die Stauung weg; dagegen ist günstig die Muskelaktion. Daraus erklärt sich die Besserung der Albuminurie durch Gehen. Alles, was die Stromgeschwindigkeit in den Nieren bessert, muß günstig auf die Nierenausscheidung wirken.

Man sieht also nach Maßnahmen, die die Herztätigkeit stärken, bei veränderter Weite der Gefäße die Albuminurie sich bessern, z. B. bei warmen Bädern, welche die Gefäße erweitern. Es wird überhaupt davon abhängen, wie die beiden Momente sich zueinander verhalten. Bei Muskelbewegungen kommen noch andere Dinge in's Spiel; Toxine und Ermüdungsstoffe werden abgesondert. Es fragt sich, wie sich das Herz verhält. Dieses Moment ist bei der Albuminurie der Gebärenden wichtig. S. sah sie in 40 pCt. auftreten und nach der Geburt wieder verschwinden. Daraus erklärt sich auch der Einfluß der Uebung und des Trainirens. Im Anfange der Gebirgstour ersteigt man mit Mühe eine Höhe, die nachher mit Leichtigkeit genommen wird. Das ist eben das Prinzip der Uebung des Herzens. Was die kalten Bäder anlangt, so spielen hier die Verhältnisse des Kreislaufes eine Rolle. Aber man kennt die näheren Verhältnisse nicht. Mit der Verengerung der Gefäße erklärt sich das Problem nicht. Wird das Blut aus den Gefäßen der Haut verdrängt, so fließt es nicht in die inneren Organe, sondern in die Muskeln; würde aber eine arterielle Drucksteigerung in den Nieren stattfinden, so verbesserte das gerade die Zirkulationsverhältnisse daselbst. Man hat angeführt, daß gewöhnlich viel und blasser Urin nach einem solchen Bade gelassen wird; das kommt daher, daß während und kurz nach dem Bade die Wasserabgabe von der Haut aufgehoben ist. Es kann gerade die Nierenarterie reflektorisch sich kontrahiren und dadurch der

Digitized by Google

Blutstrom in den Nieren verlangsamt werden. Aber wir können nicht sagen, wieso die eine Ursache Albuminurie hervorruft. Noch eine andere Beziehung kann in's Spiel treten. Wir wissen, daß Kältewirkung auf die Haut das Blut selbst verändert. Leukocytose tritt ein (Winternitz). Damit wird die Menge der weißen Blutkörperchen überhaupt noch nicht vermehrt; sie werden nur mobilisiert. Diese in größerer Zahl in's Blut tretenden multinucleären Leukocyten werden vielleicht nicht unbeeinflußt bleiben. Das beweist das Verhalten der periodischen Hämoglobinurie, deren Eintreten namentlich durch Kältewirkung beeinflußt wird. Rosenbach wies nach, daß bei periodischer Hämoglobinurie schon vor dem Eintritt des Hämoglobins Eiweiß im Urin ist und nach dem Abklingen Eiweiß zurückbleibt, ja daß bei unvollständigem Anfall oft nur Eiweiß im Harn auftritt. Das läßt vermuten, daß auch die Blutflüssigkeit in irgend einer Weise durch kalte Bäder beeinflußt wird und diese für die Entstehung der Albuminurie von Wichtigkeit sind Immerhin nähern wir uns da schon pathologischen Verhältnissen; wie die Albuminurie bei Menschen mit starken geistigen Aufregungen und Anstrengungen entsteht, läßt sich nicht sagen. Die Beziehungen zwischen Albuminurie und Menstruation kennen wir ebenfalls nicht genauer. Man kann wohl von Congestionen sprechen; das läßt sich aber nicht beweisen.

Was die alimentäre Albuminurie anlangt, so spielt hier der Kreislauf eine große Rolle. Es hat sich gezeigt, daß nach kurzer Anfangsperiode des steigenden Blutdruckes (durch die Kaubewegungen) der arterielle Druck sinkt, weil viel Blut in das Pfortadersystem abfließt. Ob die Nieren daran teilnehmen, wissen wir nicht. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß sie ebenfalls weniger Blut enthalten. Dazu kommt, daß der Leib ausgedehnt wird, was den venösen Abfluß aus den Nieren verhindert. Wir könnten uns so die Albuminurie erklären. Ferner hat der Magendarmkanal die Aufgabe, das heterologe Eiweiß der Nahrung (mit Ausnahme der Menschenfresser genießen wir artfremdes Eiweiß) in artgleiches umzuwandeln. Bei Neugeborenen ist diese Funktion noch mangelhaft. Nun können wir uns so die Albuminurie der Neugeborenen erklären. Hier ist der Darm durchlässiger als der der Erwachsenen. Das fremde Eiweiß geht in die Nieren und reizt noch obenein. Das reicht aber nicht zur vollen Erklärung aus. Man findet die Albuminurie auch bei Neugeborenen, die mit Muttermilch genährt werden; diese enthält doch kein artfremdes Eiweiß. Aber es sind verschiedene Momente bei dem Neugeborenen von Bedeutung, der den Mutterleib verläßt und in ganz andere Verhältnisse der Zirkulation und Ernährung eintritt. Man kann sagen, daß jedes Moment bei der Erzeugung der Albuminurie mit-

Digitized by Google

spielt. Bei Erwachsenen könnte auch die Disposition darin bestehen, daß der Darmkanal derselben von Anfang her noch durchgängig für artfremdes Eiweiß bliebe oder infolge von Erkrankungen die absolute Undurchlässigkeit nicht wieder erreicht wird. Ferner ist das Offenbleiben von Verbindungen zwischen Pfortader- und dem allgemeinen Venensystem, welche in der fötalen Zeit normal durchgängig sind, sich bei der Geburt schließen sollen, aber oft auch offen bleiben, in Betracht zu ziehen, z. B. der Ductus venosus Aurantii zwischen Vena portarum und Cava inferior; seltener ist die Vena umbilicalis durchgängig. Dann bestehen noch einige unbedeutende Verbindungen. Die könnten in größerem Maßstabe offenbleiben und die Disposition dazu geben, daß aus dem Darmkanal mit Ausschaltung der Leber Eiweiß in den großen Kreislauf gelangt, ohne präpariert zu sein. Es kann also die Disposition beruhen in abnormer Beschaffenheit verschiedener Organe: Nieren, Blutgefäße, Blutflüssigkeit oder Darm. — (Allg. med. Zentralztg.)

Hautentzündungen durch Pflanzen erzeugt. Wir wissen schon seit langer Zeit, daß die Haut mancher Menschen gegen bestimmte Medikamente eine besondere Empfindlichkeit besitzt, welche von anderen Individuen anstandslos vertragen werden. Die Haut dieser Menschen reagiert gelegentlich mit sehr unangenehmen Entzündungen, die jeder kennen muß, welcher diese Stoffe therapeutisch verwendet Dahin gehört das Quecksilber, das Jod, das Jodoform, das Orthoform und andere Stoffe. E. Hoffmann gibt nun eine Uebersicht über Pflanzen, welche in ähnlicher Weise bei besonders dazu disponierten Individuen Hautentzündungen erzeugen. Auch die Kenntnis dieser Tatsachen ist praktisch außerordentlich wichtig, denn sonst können einem gelegentlich in der Praxis Krankheiten rätselhaft bleiben und therapeutisch unzugänglich sein, die bei Kenntnis dieser Dinge sich sehr einfach erklären. Hinzu kommt, daß die Patienten selbst häufig gar nicht daran denken, daß sie sich einer derartigen Schädigung banaler Art, wie z. B. der Beschäftigung mit Primeln, ausgesetzt haben, und der erfahrene Arzt sie erst auf die richtige Anamnese bringen muß. Hierher gehört das Lorbeeröl, ferner vor allen Dingen die japanische Primel, welche erythem- und ekzemartige Leiden erzeugt. Auch die chinesische Primel kann gelegentlich ähnlich wirken. Ferner der Giftsumachs, ein nordamerikanischer Strauch, in welchem sich als wirksamer Bestandteil das Cardol findet. Wegen des Gehaltes an dieser Substanz kann auch der japanische Lack, ferner die vom Volke vielfach zu therapeutischen Zwecken benutzten sogenannten „Elefantenläuse" Hautentzündungen erzeugen. Hoffmann

Digitized by Google

berichtet nun über ähnliche Hautentzündungen, welche hervorgerufen waren durch Chrysantemen, ferner durch Meerzwiebeln und durch die Blätter des Lebensbaumes. Neuerdings hat Galewsky eine Mitteilung darüber gemacht, daß auch Eucalyptus ähnliche Entzündungen erzeugen kann.

III. Chirurgie, Augen-, Ohren- und Zahnheilkunde.

Die Behandlung der Knochenbrüche mit Gewichtsextensionen, wie sie von Bardenheuer stets eifrig befürwortet und durch zahlreiche Arbeiten von ihm und seinen Assistenten als der operativen Behandlung weit überlegen nachgewiesen worden ist, ist eins der interessantesten und praktisch wichtigsten Kapitel der Chirurgie. Es müssen die durch die Extensionsbehandlung erzielten Resultate Bardenheuer's als ganz ausgezeichnete angesehen werden. Zwei Assistenten von Bardenheuer, Loew (Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie, Bd. 44 „Ueber Heilungsresultate von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz") und Bliesener (ebenda Bd. 55 „Ueber die durch die Bardenheuer'sche Extensionsmethode an den Brüchen der unteren Gliedmaßen erhaltenen funktionellen Ergebnisse") haben über Resultate bei Knochenbrüchen berichtet, wie sie geradezu als ideal bezeichnet werden müssen, wenn man erfährt, daß nur 1,4 Proz. von 149 Fällen dauernd erwerbsunfähig blieben, die übrigen alle geheilt wurden. Bleibt doch nach M. Borchard (Handb. d. prakt. Chirurgie, 2. Aufl. noch ungefähr in 25—30 Proz. der Fälle bei Malleolarbrüchen eine Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit des Fußes verschiedenen Grades (bis über 50 Proz. Erwerbsunfähigkeit) zurück.

Aus der Arbeit „Die Behandlung der Knochenbrüche mit Extensionsverbänden und die damit erzielten Resultate" von Bardenheuer und Gräßner entnehmen wir folgendes praktisch wichtige: Zur guten Durchführung der Extension sind lange Betten (2,40 m Länge bei 0,85 m Breite) mit harter Unterlage, am besten Matratze, erforderlich, da das Bein nicht auf eine Schiene oder ein Schleifbrett, sondern direkt auf die Unterlage gebettet werden soll. Das Collemplastrum Zinci (Helfenberg) oder das Leukoplast (Beyersdorf) werden in lange Streifen auf die unrasierte Haut gelegt und durch zirkuläre, sich deckende 3 cm breite Touren Kautschukheftpflasters (Helfenberg) so stark befestigt, daß sofort ein 25 Kilogewicht angehängt werden kann. Die Behandlungsweise Bardenheuer's unterscheidet sich von der

Digitized by Google

gewöhnlichen Behandlung mit Extensionsverbänden dadurch, daß er nicht nur die Dislocatio ad longitudinem durch einen Längszug, sondern alle vorhandenen Dislocationen (also z. B. die ad axin, ad latus, ad peripheriam) durch entsprechende Extensionen auszugleichen sucht. Damit der Extensionsverband in der Längsachse des Fußes bei einem Malleolarbruch angreifen kann, legt B. die Pflasterstreifen weit über die Frakturstelle hinaus und befestigt sie an der Frakturstelle mit zirkulären Pflastertouren. Versuche an Leichen und Röntgogramme haben ihm gezeigt, wie vorzüglich ein derartiger Verband wirkt, bei dem man die Stellung des Fußes, im Gegensatz zum Gipsverband, unter fortwährender Kontrolle hat und durch den namentlich auf den hinteren Teil des Fußes eingewirkt wird. Die Gegenextension wird dabei durch Hochstellen des Bettes bewirkt. Die Vorteile der Extensionsbehandlung liegen ferner darin, daß noch während der eigentlichen Frakturbehandlung passive und aktive Bewegungen in den beteiligten Gelenken ausgeführt werden können und dadurch die durch lange Ruhigstellung von Gelenken entstehende Versteifung verhütet wird. B. läßt die Patienten, auch wenn es sich um Brüche mit geringer Verfchiebung handelt, stets 5 Wochen im Bette liegen, da die Körperlast nur von einem absolut festen Knochen getragen werden soll. Von 149 Knöchelbrüchen aus den Jahren 1897—1903 waren vor Ablauf von 91 Tagen geheilt 115 = 77,2 Proz., nach 91 Tagen 27 = 18,1 Proz.; Renten bezogen, als teilweise erwerbsunfähig 7 = 7,4 Proz. Durch Zusammenstellung dieser Fälle mit denen von Loew (1891—96) und Bliesener (1896—97) ergibt sich die Zahl der von Bardenheuer seit 1891 behandelten Knochenbrüche im ganzen 285, von denen 220 vor Ablauf von 91 Tagen = 77,2 Proz., nach 91 Tagen 56 = 19,6 Proz., geheilt sind, während im ganzen 9 = 3,2 Proz. Renten beziehen. Daß diese Resultate als ganz ausgezeichnete angesehen werden müssen, ist einleuchtend. Frakturen mit großer Dislokation der Fragmente und solche in der Nähe von Gelenken sollen im Krankenhause behandelt werden, wo auch durch den Röntgenapparat eine dauernde Kontrolle über die Stellung der Fragmente ausgeübt werden kann. — (Zeitfchr. f· ärztl. Fortbildung.)

Die Erfolge der Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses, wie sie die Heidelberger Klinik in den letzten 25 Jahren gehabt hat, rechtfertigen nicht die pessimistifche Anfchauung, die noch immer einzelne Aerzte von dieser Operation haben. Kupferle hat 238 Fälle zusammengestellt. Die größte Zahl fällt in das 6. Jahrzehnt des Alters. 12 mal bestand hereditäre Belastung. Es hat sich auch hier

Digitized by Google

wieder gezeigt, daß die Rektaluntersuchung zu selten vorgenommen wird; verdächtige Patienten müssen mehrmals untersucht werden, da hochsitzende Carcinome einer einmaligen Untersuchung entgehen können. Bei der Indikationsstellung spielt Allgemeinbefinden und Kräftezustand natürlich eine große Rolle. Hoher Sitz des Carcinoms galt nicht als Gegenanzeige gegen Operation, auch nicht Verwachsungen mit Prostata oder Vagina und nicht zu feste Verwachsungen mit dem Kreuzbein; in einer großen Zahl von Fällen wurden Teile der Prostata und Samenbläschen, sowie der Vagina mit entfernt. Eine Kontraindikation gegen das Radikalverfahren wurde dann angenommen, wenn die Geschwulstbildung auf die Blase übergriff oder wenn der Tumor im Becken fest eingemauert war. Die perinealen Operationsmethoden wurden dann gewählt, wenn das Carcinom dicht am After begann und nur wenige Zentimeter hoch hinaufreichte; die sakrale Methode kam in Anwendung, wenn der Tumor hoch über den Sphinkter hinaufreichte und da, wo man eine Resektio recti in Aussicht nehmen konnte; auch bei festeren Adhäsionen wurde eine sakrale Methode angewandt. Im Anschluß an die Operation starben 11,76 Proz. (Hochenegg hatte eine Mortalität von 9,19 Proz., Lorenz von 13,3 Proz., Prutz von 11,1 Proz., Schede von 32 Proz.). 1877 bis 1887 hatte die Heidelberger Klinik eine Mortalität von 5.2 Proz., 1888—1902 eine solche von 10,8 Proz.: die Zunahme ist in der Erweiterung der Indikation zu suchen. Die häufigste Todesursache bildete Sepsis und Peritonitis. Die Ansicht, daß die Ausdehnung des Carcinoms auf die Vagina ein prognostisch besonders schlechtes Zeichen sei, wurde durch die Heidelberger Erfahrungen nicht bestätigt. Die besten funktionellen Resultate lieferten die Fälle, wo Resectio recti mit circulärer Naht ausgeführt wurde; von 20 derartig behandelten hatten 8 volle Kontinenz, 10 Kontinenz für festen Stuhl; von 34 Fällen mit perinealem After hatten 20 Kontinenz für festen Stuhl. Auch bei sehr vielen Kranken ohne Kontinenz hat sich im Laufe der Zeit ein ganz erträglicher Zustand herausgebildet; die meisten haben durch Gebrauch einer geeigneten Diät es erreicht, daß sie nach einer morgendlichen Stuhlentleerung tagsüber unbehelligt bleiben und ihrer Beschäftigung nachgehen können. An Recidiv und Metastasen starben 58 Proz. aller Operierten. Von den Recidiven entfallen nicht ganz $^3/_4$ auf die beiden ersten Jahre nach der Operation. Zur Bestimmung der Recidive sind drei Jahre zu kurz. 17,3 Prozent sind dauernd geheilt geblieben; das beweist zur Genüge die Heilbarkeit des Mastdarmkrebses durch die Radikaloperation.

Die Kurzsichtigkeit, ihre Entstehung und Bedeutung. Von Prof. Stilling. Die Kurzsichtigkeit ist

Digitized by Google

kein neuzeitliches Kulturprodukt, sondern sie war den alten Griechen schon wohl bekannt. Aristoteles beschäftigte sich mit den Fragen, warum die Myopen blinzeln und warum sie eine kleine Handschrift schreiben. Auch bei den Römern war die Kurzsichtigkeit etwas allgemein bekanntes und unterscheiden die römischen Schriftsteller zwischen einer Myopia ex natura und einer Myopia ex morbo; unter der letzteren verstanden sie alle Arten von Schwachsichtigkeit. Galenus hat bereits eine eigene Theorie der Kurzsichtigkeit aufgestellt. Die alten Aerzte nahmen an, die Kurzsichtigkeit entstehe durch angestrengtes Studium — durch „legere minuta superflue". Entgegen der Ansicht sämtlicher opthalmologischer Schulhygieniker unserer Zeit, welche in ungünstigen äußeren Verhältnissen (Beleuchtung, Subsellien, Körperhaltung, Ueberbürdung im Studienplan u. dgl.) die Ursachen der Kurzsichtigkeit suchen, vertritt nun Stilling aufgrund der oben in Kürze erwähnten und nach seiner Ansicht sehr leicht weiter durchführbaren historischen Daten und aufgrund seiner Studien eine zwar sehr geistreiche, bisher jedoch von den wenigsten angenommene Ansicht: die Kurzsichtigkeit ist durch Nahebeschäftigung, speziell durch die besondere Art der Augentätigkeit beim Lesen und Schreiben bei hierzu disponierten Individuen bedingt. Die Disposition ist in den anatomischen Verhältnissen des Schädelbaues, resp. des Baues der Gesichtsknochen und insbesondere der Augenhöhle gegeben. St. meint:

„Alle diese Tatsachen sprechen nicht dafür, daß es die äußeren Verhältnisse sind, welche bei einer bestimmten Art der Nahearbeit Kurzsichtigkeit hervorbringen, sondern daß es diese Art der Nahearbeit selbst ist und muß hierzu eine bestimmte Anlage vorhanden sein. Fehlt diese Anlage, so mögen die äußeren Verhältnisse noch so ungünstig sein, die Anforderungen an die Arbeitsleistungen noch so groß sein, so entsteht doch keine Kurzsichtigkeit; ist die Anlage aber vorhanden, so entsteht sie bei noch so günstigen äußeren Umständen."

Es würde zu weit führen, hier die ganze Theorie St.'s auseinanderzusetzen; es mögen folgende kurze Bemerkungen genügen.

Lesen und Schreiben und alle übrigen Nahearbeiten, welche an das Auge dieselben Anforderungen stellen wie Lesen und Schreiben, bedingen bei hierzu Disponierten dadurch Kurzsichtigkeit, dass das Auge bei dieser Art der Beschäftigungen den ganzen Mechanismus des Abwärtsdrehens in Aktion setzt. Das Abwärtsdrehen geschieht hauptsächlich durch den Musculus trochlearis. Derselbe inseriert sich nun nach den Untersuchungen Stillings verschieden, je nach der

Digitized by Google

Höhe der Augenhöhle und da diese genetiſch vom Bau der Gesichtsknochen abhängt, indem die niedrigen und breiten Augenhöhlen sich vorzugsweise bei den Breitgesichtern (Chamäprosopie), die hohen und ſchmalen Augenhöhlen dagegen vorwiegend bei den Langgesichtern (Leptoprosopie) finden, ist die ganze Disposition zur Kurzsichtigkeit rein anatomiſcher Natur, also eine Rasseneigenſchaft. Alle Muskeln drücken auf das Auge, der Trochlearis gibt die entſcheidende Richtung dieses Gesamtdruckes, deren Folge die Form des Auges und somit auch die Refraktion des Auges ist, da das Längsauge ein myopiſches, das Kurzauge ein emetropiſches, resp. hypermetropiſches ist.

Die statistiſchen Daten der Untersuchungsergebnisse der ophthalmologiſchen Schulhygieniker — der Gegner St.'s — bespricht dieser in der ihm eigenen ſcharfen Weise und benützt sie geradezu zur Unterstützung seiner eigenen Theorie, die da lautet:

Die äußeren hygieniſchen Verhältnisse kommen als ganz nebensächliche unterstützende Momente vielleicht in Betracht. Bei der fürs Lesen, Schreiben und derartigen Nahearbeiten ist eine Abwärtsdrehung des Auges notwendig. Die ausgiebigste Richtung bei dieser Abwärtsdrehung gibt der Trochlearis. Der letztere inseriert sich nun verſchieden, je nach dem anatomiſchen Bau der Knochen der Orbita und bedingt so das Längsauge, resp. das Kurzauge.

Der anatomische Bau der Schädelknochen, resp. Gesichtsknochen ist verſchieden je nach Rasse und diese Verſchiedenheit bedingt in erster Richtung die Entstehung der Myopie. — (Samml. v. Abhandl. a. d. Gebiete d. pädagog. Psychologie u. Physiologie, Bd. VI., H. 3, 1903.) — (Zentralbl. f. d. ges. Therapie.)

IV. Geburtshülfe, Gynäkologie, Pädiatrik.

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken mittels der Bougiemethode. Von Dr. Jacoby, Assistenzarzt am Wöchnerinnen-Asyl zu Mannheim. (Wiener kliniſch-therap. Wochenſchrift, 1904, No. 28.) Die im Wöchnerinnen-Asyl zu Mannheim zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt angewandte Bougiemethode ist die von Krause angegebene.

Die Frauen werden zur Einführung der Bougies nicht anders vorbereitet als zu jeder anderen Geburt. Sie erhalten ein Vollbad, bei dem die äußeren Genitalien sorgfältig abgeseift werden. Von einer Desinfektion der Scheide wird prinzipiell abgesehen. Als Instrumentarium dienen 1—2

Digitized by Google

Kugelzangen und eine rote amerikanische Bougie von 8—10 mm Durchmesser. Die Bougie ist innen hohl und mit einem Mandrin versehen; am Ende ist sie mit einem Seidenfaden armiert.

Die Bougies vertragen 3—4maliges Auskochen sehr gut, besonders wenn man dem hierzu verwendeten Wasser keine Soda zusetzt. Nach sorgfältiger Desinfektion der Hände und Auskochen der Kugelzangen wie der Bougies wird die Vaginalportion mit den Kugelzangen angehakt und die Bougie unter Leitung des Fingers durch den inneren Muttermund in die Uterushöhle hineingeschoben, dabei der Mandrin nach und nach aus dem Inneren der Bougie herausgezogen. Dabei wird fast immer eine Verletzung der Blase vermieden, die Bougie schmiegt sich zwischen Blase und Uterus ein und gleitet bei Erst- wie Mehrgebärenden, ohne Widerstand zu finden, an der Uteruswand entlang. Im Gegensatz zu Krause, der die Bougie zum Teil aus dem Uterus heraushängen ließ, wird dieselbe in der Mannheimer Anstalt vollkommen über den inneren Muttermund in die Uterushöhle hineingeschoben, so daß nur der am äußeren Ende befindliche Seidenfaden eine Communikation mit der Außenwelt unterhält. Von dieser letzten Maßregel wurde in letzter Zeit abgesehen; die vollkommen im Uterus liegende Bougie wird in der Regel spontan geboren, so daß ein Zug von außen unnötig ist. Diese ganze Prozedur wird in Rückenlage der Frau vorgenommen. Dann heißt es, ruhig abwarten. In der Regel treten bald nach der Einführung der Bougie schwache Wehen auf, die bald früher, bald später stärker werden und einen rhythmischen Charakter annehmen. Sollte die Wehentätigkeit nachlassen, so kann man dieselbe durch Einführen einer zweiten Bougie wieder neu anregen.

J. verfügt über ein Material von nahezu 230 Fällen und hat kein einziges Versagen zu verzeichnen. Wenn also andere Autoren von dieser Methode wegen schlechter Erfolge abgekommen sind, so liegt dies nach J.'s Ansicht einzig und allein an der nicht richtigen Anwendung der Methode. Wenn ihr zum Vorwurf gemacht wird, daß durch dieselbe ein vorzeitiger Blasensprung herbeigeführt werden könne, so widerlegen denselben vorliegende Beobachtungen. Nur in acht Fällen kam es unmittelbar nach der Einführung der Bougie zum vorzeitigen Abfluß des Fruchtwassers. Die Durchschnittsdauer der Lage der Bougie in utero betrug ca. 24 Stunden, die durchschnittliche Dauer der Geburt von der Einführung der Bougie bis zur Beendigung der ersteren 31,4 Stunden.

In 117 Fällen gab ausschließlich das enge Becken die Indication zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. In mehr als der Hälfte der Fälle führte die Einführung der

Digitized by Google

Bougie zur spontanen Ausstoßung des Kindes. Hierin liegt der Hauptvorzug der Methode und hierin kommt sie dem Endziel der künstlichen Frühgeburt am nächsten.

Als untere Grenze der Beckenverengung, bis zu welcher J. die künstliche Frühgeburt als zulässig erachtet, ergab sich eine Conj. vera von 7 cm.

Vorliegende Beobachtungen führen ihn zu dem Schlusse, daß die Bougiemethode aus folgenden Gründen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu empfehlen ist:

1. wegen ihrer Einfachheit;
2. wegen der geringen Anforderungen, die sie an die Asepsis stellt;
3. wegen ihrer nie versagenden Wirkung;
4. aus sozialen Gründen, weil sie es den Frauen ermöglicht, in ihrem eigenen Haushalt den Eingriff an sich vollziehen zu lassen und ihre Niederkunft abzuwarten;
5. ist sie wegen dieser Vorzüge geeignet, in weitere ärztliche Kreise zu dringen, während Metreuryse und Kaiserschnitt immer Domäne der Anstalten bleiben werden.

Säuglingsskorbut (Barlow'sche Krankheit.) Von H. Neumann, Berlin (Dtsch. Kl.) Zuerst 1859 klinisch und anatomisch von Möller beschrieben, und als akute Rachitis im wesentlichen angesprochen, in der Folgezeit von andern als hämorrhagische Periostitis, multiple ostitis, Myelo-Periostitis bezeichnet, wiesen 1878 Chearle und 1883 Barlow die skorbutische Natur der Krankheit zuerst nach. Ihre Beziehungen zur Rachitis haben sich nur als zufällige bewiesen. Die Krankheit befällt im 6.—12. Monat meist Kinder, die im wesentlichen gesund und gut genährt sind; ziemlich plötzlich stellt sich in einem, bald auch im andern Bein eine Empfindlichkeit ein, sodaß Berührung, Bewegung sehr schmerzhaft ist. Nach einigen Tagen schwillt der Oberschenkel spindelförmig prall an. Die Beteiligung der oberen Extremitäten, der Rippen, Wirbel, Schädelknochen ist weit seltener. Zu dieser Blutung unter die Knochenhaut gesellen sich solche in Schleimhäute, in die Augenbindehaut, das Zahnfleisch, die Darmschleimhaut. Unter starkem Schweiße und zunehmender Körperschwäche infolge Nahrungsverweigerung tritt ein unregelmäßiges Fieber auf und in Wochen bis Monaten kann das Ende eintreten. Es handelt sich also im wesentlichen um eine hämorrhagische Diathese mit Blutungen im Knochenmark, unter das Periost, in die Muskeln, in das Subcutangewebe, sowie in innern Organen, besonders den Nieren. Pathologisch-anatomisch findet sich das Knochenmark in Gallert- und Fasermark umgewandelt, die normale Ossification ist gehemmt. Es kommt daher leicht zu Frakturen.

In erster Linie ist eine längere Zeit hindurch fortgesetzte unzweckmäßige Ernährung des Kindes als Ursache der Er-

Digitized by Google

krankung anzusprechen. Dahin gehört ausschließliche Ernährung mit präparierten Mehlen, die keine Milch verarbeitet enthalten, mit Milchpräparaten in eingedickter oder flüssiger Form, die z. T. durch eingreifende chemische Manipulationen, z. T. unter Einwirkung starker Hitze hergestellt werden. Schließlich sieht man den Säuglingsskorbut auch bei Darreichung einfacher Milch entstehen, welche mit oder ohne Zusatz von Schleim, Mehl oder Zucker fabrikmäßig oder in der Häuslichkeit eine gewisse Zeit lang erhitzt, „sterilisiert", „pasteurisiert" wurde. Je stärker die Nahrung chemisch oder durch die Erhitzung zersetzt ist, um so schneller und schwerer tritt die Erkrankung auf. N. ist der Ansicht, daß nicht die Abnahme der natürlichen Ernährung in den letzten Jahrzehnten für die Zunahme des Säuglings-Skorbuts verantwortlich zu machen ist, sodann die Art und Weise der heute geübten Präparation der künstlichen Nahrung. Demgemäß findet sich der Säuglings-Skorbut vorzugsweise in den besser gestellten Kreisen vor, die sich den Gebrauch von Nährpräparaten oder präparierter Kindermilch gestatten können. Wie der Seeskorbut durch länger fortgesetzte Aufnahme giftiger Stoffe, die in verdorbenen Conserven oder nicht mehr frischem Fleisch enthalten sind, entsteht, so läßt sich nach N. der Säuglings-Skorbut als eine mehr oder weniger chronische Vergiftung auffassen, mögen die Gifte aus der Nahrung exogen durch bakterielle Zersetzung, durch chemische oder Hitzwirkung (Zersetzungsprodukte des Eiweiß) oder endogen bei der Verdauung entstanden sein.

Die Diagnose wird man, wenn das Augenmerk nicht so sehr auf die einzelnen Symptome, als vielmehr auf die Combination der Zahnfleischerkrankung mit circumskripter Anschwellung der Beine und Schmerzhaftigkeit derselben, der ev. Spontanfrakturen lenkt, nicht verfehlen. Schwierigkeiten bieten nur die Abortivformen und gleichzeitiges Bestehen anderer Krankheiten. Man erkundige sich in jedem Falle sorgfältig nach der Ernährung in den letzten 5 Monaten. Die Untersuchung sei eine vorsichtige, damit Knochenbrüche und Blutungen vermieden werden.

Es gibt kaum eine Erkrankung, bei der sich die Behandlung ebenso schnell und sicher zum Ziele führen ließe. Vor allem ist die unzweckmäßige Nahrung auszusetzen. Milch- und Nährpräparate sind wegzulassen. Da schon eine mäßige Erwärmung der Kuhmilch, (wie es in den Meiereien immer mehr üblich wird) für empfindliche Kinder weniger zuträglich ist, so ist es am sichersten, jede Erhitzung zu meiden und Rohmilch nach leichter Anwärmung in Mengen von 400—1000 gr. täglich zu geben, die man unter Umständen noch verdünnen kann. Daneben kann man Antiscorbutica verordnen: Ausgepreßten frischen Fleisch-

Digitized by Google

Digitized by Google